ROK III.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE
poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej.

REDAGOWANE I WYDAWANE
przez
Dra J. K. Wiktora
we Lwowie.

Zeszyt drugi.

SPIS RZECZY.

LWÓW.
CZCIONKAMI DRUKARNI LUDOWEJ
pod zarządem Stanisława Baylego.
1888.

Rok III. Lwów w Sierpniu 1888. Nr. 2.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE

poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej.

Wychodzi raz na miesiąc w zeszytach objętości przeszło dwóch arkuszy.
Prenumerować można rocznie lub półrocznie.
Przedpłata wynosi wraz z przesyłką pocztową:
W państwie austryjackiem rocznie 3 złr. 50 ct.; półrocznie 1 złr. 75 ct.
W cesarstwie rosyjskiem rocznie 4 rs.; półrocznie 2 rs.
W cesarstwie niemieckiem rocznie 8 marek; półrocznie 4 marek.
We Francyi, Szwajcaryi, Włoszech, Serbii, Turcyi, Belgii etc. rocznie 12 fr.; półrocznie 6 fr.
Jeden zeszyt osobno kosztuje 50 ct.
Należytość najdogodniej przesyłać przekazem pocztowym.

Redakcyja i administracyja „Wiadomości lekarskich“ we Lwowie przy ulicy Żółkiewskiej Nr. 8.
Wszystkie korespondencyje, reklamacyje, przesyłki etc. dotyczące redakcyi i administracyi, uprasza się adresować do Dra J. K. Wiktora we Lwowie przy ulicy Żółkiewskiej Nr. 8.
Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Ogłoszenia przyjmuje wyłącznie redakcyja i administracyja za opłatą 12 cnt. od miejsca 1 wiersza bardzo drobnym drukiem (nonpareille); dołączenia zaś za opłatą każdorazowo umówioną.
Listów nieopłaconych redakcyja i administr. nie przyjmuje.

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY I WYDAWCA Dr. J. K. WIKTOR.

Z zakładu anatomii patologicznej Prof. Dra Browicza w Krakowie.

Czy po wycięciu gruczołów tarczykowych występują zmiany anatomiczne w ośrodkach nerwowych i czy gruczoł tarczykowy jest niezbędnym do utrzymania życia?

podał

Dr. Jan Prus

b. Asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jagiellońskiego.

W pracy pod tytułem „Przyczynek do nauki o fizyjologii gruczołu tarczykowego“ (*Przegląd lek.* 1886, Nr. 36, 37, 38, 39, 40) dokonanej przed dwoma laty w zakładzie prof. Cybulskiego, doszedłem do następujących wyników: 1) do gruczołu tarczykowego dochodzą oprócz znanych gałązek nerwu współczulnego nieliczne włókna nerwowe od nerwu krtaniowego górnego, 2) nerw współczulny mieści w sobie nerwy zwężające naczynia gruczołu tarczykowego (n. vasoconstrictores) a w nerwie krtaniowym górnym przebiegają nerwy rozszerzające naczynia gruczołu (n. vasodilatatores), 3) w gruczole tarczykowym zatrzymuje się $^1/_5$ część ciałek czerwonych i $^3/_4$ części ciałek białych, 4) komórki przybłonkowe gruczołu tarczykowego ulegają pewnym zmianom histologicznym w czasie drażnienia nerwów gruczołu prądem elektrycznym, 5) czynność gruczołu tarczykowego polega na produkcyi cieczy, która dostając się do ogólnego obiegu krwi drogą naczyń limfatycznych, spełnia prawdopodobnie pewną a może nawet ważną rolę w chemizmie ustroju.

W końcu tejże pracy umieściłem wzmiankę o rozprawie Rogowicza, która niemal równocześnie z mą pracą się ukazała, a której

wyniki nader żywo mię zajęły. Rogowicz bowiem opisał zmiany anatomo-patologiczne, dotyczące mózgu i rdzenia zwierząt, które w kilka tygodni po wycięciu gruczołów tarczykowych życie zakończyły. W szczególności zmiany te polegały na wypełnieniu naczyń i przestworów zewnętrznej warstwy naczyniowej okrągłemi komórkami, na obecności ciałek białych i komórek tłuszczowo zwyrodniałych w istocie szarej, na napęcznieniu włókienek osiowych, wypustek komórkowych i komórek zwojowych, a wreszcie na zamazaniu obrysów komórek i ich jąder. W białej istocie znajdowały się zmiany te bez porównania w mniejszym stopniu.

W ogólności więc zdaniem Rogowicza drobnowidowe badanie wykazało obraz przyostrego miąższowego zapalenia mózgu i rdzenia (encephalomyelitis parenchymatosa subacuta).

Zachęcony przez prof. Browicza, przedsięwziąłem szereg doświadczeń na psach, nietylko celem śledzenia objawów, jakie okazywać będą zwierzęta po wycięciu gruczołów tarczykowych, ale także celem dokładnego drobnowidowego badania mózgu i rdzenia tychże zwierząt, w nadziei stwierdzenia podań Rogowicza.

Ogółem wykonałem 6 doświadczeń. W 5 przypadkach wyciąłem oba gruczoły tarczykowe za jednym zawodem, w jednym przypadku zaś wyciąłem najprzód gruczoł lewy a drugi gruczoł dopiero w 2 miesiące później. Ciężar wyciętych obu gruczołow wynosił: 0·63 grm., 1·9 grm, 2·4 grm, 2·8 grm, 4·7 grm, 14·4 grm Rana goiła się między 10tym a 20tym dniem po operacyi. W dwóch przypadkach rana nie zagoiła się wcale, wprzód bowiem śmierć zwierzęcia nastąpiła. We wszystkich przypadkach nie było rychłozrostu, psy bowiem jużto zanieczyszczały ranę kałem, już też zdrapywały szwy i to mimo opatrunku krochmalnego. Co do objawów chorobowych, obserwowanych za życia zwierząt, to uwydatnić muszę, że prócz objawów, odnoszących się w dwóch przypadkach niewątpliwie do septikemii (podwyższenie ciepłoty, ogólne osłabienie, przyśpieszenie oddechu i tętna, brak łaknienia, niepokój, drgania włókienkowe mięśni, trudność utrzymania się na nogach i t. d.), nie mogłem zauważyć nic charakterystycznego z wyjątkiem osłabienia i senności, która poprzedzała śmierć na kilka dni. W jednym przypadku pojawiły się przed śmiercią wymioty, a w innym przypadku porażenie pęcherza. Co do czasu życia po operacyi, to 2 psy zginęły w pierwszym tygodniu po operacyi niewątpliwie skutkiem sepsis, 3 psy zdechły między 5tym a 8mym tygodniem, a jeden pies przebył operacyję zupełnie szczęśliwie, w 10 dni po zagojeniu się rany zdrów był kompletnie, poczem w rok później został zabitym.

Makroskopowe i mikroskopowe badania mózgu i rdzenia pacierzowego zwierząt przezemnie operowanych nie wykazało żadnych zmian anatomo - patologicznych. Tak komórki zwojowe i włókna nerwowe, jak neuroglia i naczynia, przedstawiały wszędzie prawidłowe wejrzenie i zachowywały się względem różnych barwików zupełnie podobnie jak tkaniny zdrowe.

Ze względu, że przypadki, w których pies zniósł wycięcie gruczołów tarczykowych bez najmniejszej szkody dla swego zdrowia, są w ogóle bardzo nieliczne, podać muszę dokładny opis powyżej wspomnianego przypadku. U psa średniej wielkości, rasy pospolitej, 2 lata liczącego, poprowadziłem cięcie skórne od chrząstki tarczykowej w linii środkowej szyi ku dołowi na 4 ctm., po poprzedniem wystrzyżeniu sierści, wygoleniu i obmyciu skóry mydłem, sublimatem i 5°|₀ kwasem karbolowym. Odsłoniwszy mięśnie sternothyreoidei i sternocleidomastoidei, wyszukałem najprzód gruczoł tarczykowy lewy, leżący z boku i nieco z tyłu tchawicy, następnie podwiązałem katgutem w dwóch miejscach naczynia dolne gruczołu, poczem naczynia te pomiędzy oboma przewiązkami przeciąłem W ten sposób uchwyciłem gruczoł jak gdyby za szypułkę, przez co łatwo odpreparować mógłem gruczoł aż do naczyń z góry do gruczołu dochodzących a podwiązawszy takowe również podwójną przewiązką, wydobyłem gruczoł po przecięciu naczyń pomiędzy przewiązkami. Następnie wyciąwszy w ten sam sposób gruczoł prawy, oczyściłem ranę 5°|₀ kwasem karbolowym, zasypałem jodoformem i zeszyłem skórę 4 szwami głębokimi, lecz nie zbyt silnymi. Ciężar gruczołu lewego wynosił 0·9 grm a gruczołu prawego 1 grm. ciężar więc obu gruczołów równał się 1·9 grm. W 3 dni po operacyi rozeszły się nieco dolne szwy i okazało się w dolnym kącie rany trochę ropy. Po 10 dniach rana zagoiła się zupełnie, a pies nie okazywał najmniejszych zboczeń chorobowych. Odtąd badałem psa w różnych odstępach czasu nader szczegółowo, nigdy jednak nie zauważyłem najmniejszej nieprawidłowości. Po upływie 13½ miesięcy postanowiłem psa zabić, a to głównie celem przekonania się, czy u psa nie znajdują się gruczoły tarczykowe dodatkowe (gl. parathyreoideae), które to gruczoły znajdowali zazwyczaj autorowie (Fuhr) w przypadkach, w których psy zniosły operacyję szczęśliwie. W obecności prof. Browicza i prof. Cybulskiego poddałem psa jeszcze raz najszczegółowszemu badaniu, a przekonawszy się, że tak sfera ruchu, czucie, odruchy ściągniste i skórne i t. d. a nawet popęd płciowy były u psa zupełnie prawidłowe, wykonałem następujące doświadczenie. Wstawiwszy kaniulkę do przewodu ślinianki podszczękowej lewej, drażniłem prądem elektrycznym już to chorda tympani, już też nerw sympatyczny. Zebrawszy w pierwszym razie obficie wydzielającą się ślinę

*

wodnistą a w drugim razie (t. j. wśród drażnienia n. sympatycznego) skąpo wydzielającą się ślinę gęstą, śluzową badałem zachowanie się tejże śliny względem kwasu octowego, pomnąc, że Virchow napotkał na śluzowe zwyrodnienie ślinianek po wycięciu gruczołów tarczykowych. Badanie chemiczne śliny nie wykazało jednak w mym przypadku nic nieprawidłowego. Po zabiciu psa przez upust krwi z tętnicy udowej, przedsięwziął prof. Cybulski najstaranniejsze poszukiwania za gruczołami tarczykowymi dodatkowymi. Najdokładniejsze badanie szyi i klatki piersiowej pouczyło, że gruczołów dodatkowych pies wcale nie posiadał, że więc wycięcie gruczołów tarczykowych było zupełne. Przypadek ten dowodzi więc wymownie, że gruczoł tarczykowy u psów nie jest narządem bezwzględnie niezbędnym do życia. W obec tego zachodzi pytanie, jak wytłumaczyć sobie śmierć zwierząt, tak często zdarzającą się po wycięciu gruczołów tarczykowych. Zważywszy, że króliki i świnki morskie, u których gruczoł tarczykowy jest mniejszy, zazwyczaj dobrze znoszą wycięcie gruczołów tarczykowych, uwzględniwszy powyższy przypadek pomyślny, dokładnie obserwowany, i wreszcie zważywszy, że objawy spostrzegane zwykle u zwierząt po wycięciu gruczołów tarczykowych mogą być wytłumaczone następstwami zranień części sąsiadujących z gruczołem tarczykowym, ośmieliłbym się przypuścić wbrew twierdzeniu Fuhra, że zwierzęta giną nie skutkiem wyeliminowania czynności gruczołów tarczykowych, lecz skutkiem zranień ubocznych wśród operacyi zadanych częściom sąsiednim, a przedewszystkiem różnym nerwom. Wreszcie jeżeli uwzględnimy: 1) że u ludzi mimo napotykanego czasem zwyrodnienia gruczołu tarczykowego (mimo więc wyeliminowania czynności gruczołu) nie pojawia się charłactwo Kochera, 2) że u ludzi wycinamy gruczoł tarczykowy zwykle dopiero wtedy, gdy gruczoł dosięgnie już znacznych rozmiarów, przez co operacyja jest znacznie utrudnioną, możemy tem bardziej skłonić się do przypuszczenia, że gruczoł tarczykowy nie spełnia tak ważnej czynności, jaką przypisują mu w ostatnich czasach.

Wpływ perlicy u bydła rogatego

na powstawanie i rozszerzanie się gruźlicy u ludzi, z wnioskami policyjno-sanitarnymi.

(Wykład miany na Vtym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich 1888 r. we Lwowie.)

przez

Prof. Dra P. Seifmana.

(Ciąg dalszy.)

Z tego, co powyżej powiedziano, odnośnie okoliczności, mogących w danym organiźmie, mniej lub więcej sprzyjać sprawie zakażenia, wi-

dzimy, że obecne w nim usposobienie do gruźlicy (perlicy), bywa niekiedy wrodzonem i zależy n. p. od rodzaju zwierząt, od płci, rasy i t. d.; w innych zaś przypadkach, rozwija się dopiero pod wpływem nieprzyjaznych, zewnętrznych warunków, w ciągu samodzielnego życia zwierzęcia, jest więc nabytem, n. p. w skutek dłuższego przebywania w stanowiskach zadusznych, nieprzewietrzanych, wskutek nieodpowiedniego żywienia przez czas dłuższy zwierząt i t. d.

Co się tyczy usposobienia rodzajowego, to ono, o ile wnosić można z częstości napotykanej gruźlicy, (perlicy), u sztuk zabitych, a w części także z wyników sztucznego (experymentalnego) zakażenia, zdaje się być szczególniej wygórowanem u rodzaju bydła rogatego.

Dość znaczną skłonność do tej choroby okazuje także trzoda chlewna, którą też, drogą szczepienia lub karmienia, łatwo bardzo zakazić można, mianowicie, jeżeli do experymentu użyjemy sztuk młodych. Zresztą u niektórych ras tego rodzaju zwierząt, a przedewszystkiem u delikatnej rasy angielskiej, spostrzega się nierzadko choroba jako stadna, szczególniej w chlewach, w których się praktykuje rozpłód w samym sobie (kazirodczy), i w których ona zatem się szerzy po części i drogą dziedziczności.

Konie nie zdają się posiadać szczególnego do gruźlicy usposobienia, i nie bezzasadnie przypuścić można, że w wielu wypadkach, uznano u tego rodzaju zwierząt mylnie jako gruźlicę, sprawę nosacizenową, ograniczoną do wewnętrznych tylko organów, n. p. do płuc, wątroby i t d.

U owiec, jak i u psów, nie napotyka się gruźlica samorodna prawie nigdy, jakkolwiek i tych rodzajów zwierząt, za zupełnie pozbawionych usposobienia do gruźlicy uważać nie można, gdyż o ile wykazały doświadczenia, przedsiębrane szczególniej na psach, nie trudno i u nich sztucznie chorobę wywołać.

Ze względu na nierzadko napotykane gruzełki, mianowicie w wątrobie, w płucach i w szpiku kostnym u kur pospolitych, uważać należy domowe to ptactwo rownież za szczególniej skłonne do zakażenia się chorobę rzeczoną, do której wygórowane usposobienie okazują także króliki, które drogą szczepienia lub karmienia masą gruźliczą, łatwo bardzo zakazić można.

Czas trwania okresu wylęgania (inkubacyi) nie daje się zazwyczaj w perlicy, klinicznie przynajmniej, z dokladnością oznaczyć. Przy zarażeniu się bydlęcia drogą naturalną, nie tylko nie jest zwykle znana chwila nastąpionej infekcyi, ale co ważniejsze, najczęściej nie daje się oznaczyć właściwy początek choroby, którego objawy nie wyjmując i gorączkowych, tak zazwyczaj są z początku lekkie, że zostają przeoczone, a przynajmniej nie koniecznie do klinicznego o-

brazu perlicy odniesione być muszą. Okoliczność ta, może nawet w pewnych wypadkach utrudniać oznaczenie czasu trwania inkubacyi i przy zakażeniu sztucznem (experymentalnem). Nie bezzasadnie bowiem przypuścić można, że i przy takiej infekcyi, czas wystąpienia pierwszych, dla naszego badania zupełnie wydatnych objawów chorobowych, od rozmaitych zależeć może warunków, między innemi może głównie od ilości zakaźnika, oraz od drogi, którą się on do ustroju zwierzęcego dostaje. Tak np. po intrapulmonalnem szczepieniu, gdy przytem użyjemy sporą ilość szczepianki, bogatej zarazem w chorobotwórcze mikroby, ujawnią się prawdopodobnie przypady chorobowe z samego początku dość wybitnemi i łatwo dostrzedz się dającemi cechami. To jednak nie jest bynajmnicj koniecznem, gdy do szczepienia obierzemy tkankę mniej wrażliwą, choćby nawet błonę surowiczą jamy otrzewnowej, a użyjemy przytem szczepiankę w skąpej ilości, ubogą zarazem w swoiste, chorobę wywołać zdolne mikroorganizmy. W ogóle przy szczepionej gruźlicy przyjąć można dni 20 do dwudziestu kilku jako peryjod wylęgania. Stwierdza to, między innemi, zakażenie doświadczalne, przedsięwzięte w ostatnich czasach w tutejszej szkole weterynaryjnej na króliku U zwierzęcia tego szczepionego intraperitonealnie masą gruźliczą świni, po śmierci téjże nastąpionej w 2 miesiące po zaszczepieniu, okazały się już widoczne zmiany gruźlicy uogólnionej, zajmującej niemal wszystkie narządy ustroju a najobficiej płuca, przyczem w ogniskach chorobowych nietrudno było wykryć prątki Kocha. Pütz zaś w kwestyi czasu trwania inkubacyi wspomina, że Tappeiner podaje, iż inkubacyja u psów po inhalacyi jadu gruźliczego, wynosi dni 19—23, a Klebs znalazł już w 3cim tygodniu po wstrzyknięciu mas gruźliczych człowieka do jamy brzusznej cielęcia, w znacznej ilości rozsiane na jego błonie sadłowej (omentum) i na części żołądka, szypułkowate wewnątrz zwapniałe twory, które histologicznie posiadały wszystkie znamiona guzów perliczych; nadto zauważyć się dały guziczki miliarne w gruczołach limfatycznych i krezkowych, a gdzieniegdzie, także w wątrobie i w śledzionie.

Anatomija patologiczna.

Sprawa chorobowa perlicy, przy pierwotnym swoim rozwoju, nie dotyka zawsze jednego i tego samego organu, lecz dotykać może najrozmaitsze narządy ciała. Może ona przy tem, stosownie do tego, czy sekcyję przedsiębierzemy u zwierzęcia zabitego we wcześniejszym lub późniejszym okresie rozwoju choroby, przedstawiać się, albo jako już rozszerzona na sąsiednie, bliższe lub nawet nieco dalsze narządy ciała, albo nareszcie jako już uogólniona (zgeneralizowana), to jest, jako znajdująca się już w tym stopniu rozwoju, w którym możebne

jest zajęcie wszystkich, nie wyłączając najodleglejszych narządów ustroju danego zwierzęcia. Nadto zależnie od ważności narządów chorobą dotkniętych, od roli jaką one grają w ogólnej ekonomii organizmu, może być rozmaitym, i to nawet już w początkowych okresach choroby, stopień ogólnego odżywienia i u r..ienia, a w związku z tem, i wygląd organów ciała zwierzęcego.

Ogólny zatem obraz anatomo-patologiczny, stosownie do tego, czy istnieją tylko zmiany chorobowe pierwotne lub następowe, albo nawet wynikłe już z uogólnienia i t. d., przedstawić się może przy sekcyi w perlicy (grużlicy), w nader odmiennych postaciach, pomimo, że sprawa chorobowa, co do istoty swojej, jest jedna i ta sama.

Na błonach surowiczych, bo te bywają u bydła rogatego najczęściej zajęte pierwotnym procesem grużlicy, głównie zaś na opłucnej lub otrzewnej (ściennej i trzewiowej), oraz na ich zdwojeniach, zauważyć się dają mniej więcej liczne guziczki i guzy, nierzadko biorące początek swój w tkance podsurowiczej, które pierwotnie są nader drobnych rozmiarów, ulegają jednak z postępem czasu, mniej więcej znaczemu wzrostowi i powiększeniu. Guziczki, o których mowa, występują zwykle gromadkami, te zaś, zlewając się następnie, tworzą wyrośle skupione (agglomeraty), które rozmiarami swemi dosięgają wielkości orzecha włoskiego, pięści dorosłego człowieka lub nawet znaczniejszej jeszcze. Czasami rozprzestrzeniają się wyrośle rzeczone więcej po powierzchni błony surowiczej, jako przytwierdzone na krótkich, szerokich podstawach inną razą, przedstawiają się one, mianowicie na otrzewnej, jako zawieszone na mniej więcej długich szypułach. Barwa niektórych wyrośli, bywa niekiedy, podobnie jak i błony surowiczej w miejscu ich usadowienia, mniej więcej czerwona, niekiedy z odcieniem brunatnawym; po większej części jednak posiadają one tak w centrze na przekroju, jak i na powierzchni swojej, barwę szarawą lub białawą, z odcieniem żółtawym, tak, że niektóre mniejsze, posiadają wygląd pereł, skąd też pochodzi i nazwa choroby „perlica“ (Perlsucht, Margarosis). Wyrośle większych rozmiarów są zwykle na powierzchni swojej niegładkie, sękowate, a nierzadko posiadają postać gronkowatą, jako złożone widocznie ze skupienia mniejszej lub większej ilości guziczków, złączonych z sobą zapomocą tkanki łącznej, mniej lub więcej rozwiniętej. Mieszczą się zaś wyrośle te w jamie piersiowej i brzusznej tak na ścianach tych jam, między innemi i na powierzchni przepony, jak i na trzewach, a więc na płucach, na osierdziu, niekiedy i na sercu, na śródpiersi, na sieci, na krezkach, na wątrobie, śledzionie, jajnikach, jajowodach i t. d.

Na przekroju przedstawiają, mianowicie młodsze, ustrój gębczasty, gruczołowaty. Są też z tego powodu miękkie i przesiąkłe płynem,

który pod naciskiem, mniej więcej obficie sączy się z powierzchni przekroju, w postaci brudno szarawej cieczy, niekiedy przymieszką krwi na czerwono zabarwionej.

Na przekroju, mianowicie guzów większych, również łatwo widzieć się daje, iż one stanowią skupienie znaczniejszej ilości oddzielnych ognisk perliczych, w których odróżnić można podścielisko, utworzone z mniej więcej rozwiniętej tkanki granulacyjnej, w początkowych okresach rozwoju, dość bogatej w naczynia krwionośne. Przy bliższem badaniu wykryć się daje, w ogniskach tego rodzaju, obok elementów histologicznych wyżej wspomnianych, a niekiedy i obok produktów rozpadu, mniej więcej liczne prątki, które, ani pod względem morfologicznym, ani w zachowaniu się swojem w obec właściwych barwników, i t. p., nie różnią się niczem od opisanych wyżej prątków gruźliczych Kocha.

W starszych, wstecznemu zwyrodnieniu (zserowaceniu) już uległych ogniskach, spostrzegać się nadto dają mniej albo więcej obfite złogi soli wapiennych, które czynią opisane wyrośle twardemi do tego stopnia, że przy krajaniu stawiają mniej więcej znaczny opór nożowi i wydają właściwy chrzęst.

Zajęta opisanemi tworami błona surowicza, bywa przytem, tu i ówdzie, wskutek obrzmienia i złuszczenia się przybłonka, zmętniałą i pozbawioną właściwego sobie blasku i gładkości; częstokroć zaś, jest ona i porosłą strzępkami z tkanki granulacyjnej, lub też ścięgnisto zgrubiałą. Nadto zdarza się niekiedy przyrośnięcie pokrytych nią organów do ścian jam, w których się mieszczą, lub też zrośnięcie z sobą organów obok siebie położonych.

Niekiedy bywa błona surowicza, niezależnie od określonych zmian, nadto zajęta sprawą ostrego, rozlanego zapalenia, z obfitym wysiękiem surowiczo-ropiastym, lub surowiczo-włóknikowym, a w takim razie, oprócz bryłek i strzępków włóknika, pływających w wysiękowej cieczy, przylegają skrzepy tegoż, mniej więcej grubemi warstwami, także i do ścian i organów danej jamy. Zdarza się to najczęściej w jamie piersiowej, mianowicie wówczas, gdy ognisko gruźlicze, zajmujące miąższ płuc w bliskości ich powierzchni, skutkiem rozpadu ropnego, dotarłszy do opłucnej, tę przerwie i zawartość jego (ropa, posoka) do jamy piersiowej wydaloną zostanie.

Niekiedy obok zmian właściwych ostremu zapaleniu opłucnej, zauważyć się nadto dają i zmiany cechujące odmę klatki piersiowej, (Pneumothorax). Zdarza się to zaś wówczas, gdy oprócz przedarcia opłucnej, ognisko gruźlicze dotrze i do oskrzela i utworzy komunikacyję z jego światłem.

Oprócz jamy piersiowej i brzusznej, napotykają się wyrośle perlicze nadto, w każdym jednak razie nie równie rzadziej i zwykle drobniejszych tylko rozmiarów, na błonach maziowych stawów, niemniej w jamie czaszki oraz kręgosłupa, na oponie miękkiej i pajęczej, rzadziej na oponie twardej, a nadto spostrzegano ogniska chorobowe także i w substancyi mózgu i rdzenia.

Nadto znajdujemy mniejsze i większe ogniska oraz ich konglomeraty równie jak produkty ich rozpadu (zsérowacenie, zwapnienie) w miąższu najrozmaitszych narządów ustroju zwierzęcego.

Do organów których miąższ najczęściej jest siedliskiem tego rodzaju tworow, należą przedewszystkiem płuca (w tak zwanych suchotach płuc.) Obecne w płucach guzy dają się zwykle wymacać jeszcze przed przecięciem miąższu organu jako mniejsze i większe gruzły, znaczniejszej niż sam miąższ płuc konsystencyi, guzy zaś położone blisko powierzchni opłucnowej, mogą być i wzrokiem zauważane. jako tworzące na niej mniej więcej znaczne wypuklenia. Na przekroju płuc napotykamy tego rodzaju ogniska w rozmaitym okresie rozwoju, od wielkości zaledwie ziarna prosa, soczewicy lub grochu, do mniej więcej znacznych rozmiarów. Starsze, tłuszczowo zwyrodniałe, zserowaciałe, lub masę posokowatą zawierające. są niekiedy objęte jakby torebką z rozrosłej tkanki łącznej. tworząc tak zwane vomica lub kawerny, przyczem zawartość ich, — o ile przypadkowo nie została wydaloną, n. p. skutkiem przedziurawienia oskrzela — z powodu osadzenia się w niej złogów wapiennych, przedstawia się podobną do masy wapna, wodą i gliną rozrobionej. Pęcherzyki płucne otaczające takie ogniska, są skutkiem ucisku na mniej więcej znaczną odległość bezpowietrznemi (atelektatycznemi), mianowicie gdy ogniska rzeczone. umieszczone w tkance międzyzrazikowej, otoczone są, jak to zwykle w takim razie bywa — znaczniej rozrosłą tkanką łączną. Takie same jak dotąd opisane, mniejsze i większe, odosobnione lub skupione guziczki i guzy, tudzież produkty wstecznej ich zmiany, niekiedy z osadami złogów wapiennych, napotykamy także, lubo rzadziej niż w płucach, w miąższu rozmaitych innych organów; jak n. p. w wątrobie, w śledzionie, w nerkach, w mięśniach a właściwiej w ich tkance łącznej śródwiązkowej, między innemi zaś, i to stosunkowo dość często w mięśniu serca, w którym niekiedy guzy dochodzą znaczniejszych rozmiarów, jak między innemi stwierdza spostrzeżenie Stuber'a, który u dobrze odżywionego wołu znalazł na sercu guz perliczy, posiadający aż 27 funtów wagi. Tego samego rodzaju ogniska znajdujemy dalej w narządach gruczołowych, n. p. w śliniance podusznej, niemniej w organach płciowych, tak samczych jak i samiczych, jako to: w jądrach, w sznurkach nasiennych, w gruczole krokowym (prostata),

w jajnikach, w miąższu ścian macicy, w której się czasami jako wrzody otwierają do jamy tego organu.

Pochwa maciczna, a również i pęcherz moczowy, rzadko tylko bywają zajete, ale natomiast zdarzają się nowotwory perlicze stosunkowo często w wymionach.

Stosunkowo częstym siedliskiem sprawy perliczej, bywają również błony śluzowe, szczególniej dróg oddechowych, ale niemniej także przewodu pokarmowego. Napotykane tu nowotwory, rozwijające się głównie w tkan e podśluzowej, — albo się przedstawiają w postaci guziczków odosobnionych, lub zlanych ze sobą, albo też jako już rozpadłe i tworzące wrzodziki, które znowu, albo jako odosobnione, są drobniejsze i mniej więcej zaokrąglone, albo jako zlane z sobą, posiadają rozmiary większe i kształt nader rozmaity. Wrzody te i wrzodziki, odznaczają się w ogóle infiltrowanemi, wałowato wyniosłemi brzegami i dnem mniej więcej zagłębionem, które pokrywają szczątki masy zsérowaciałej, w części i zwapniałej, oraz brudna ciecz ropiasta. Guziczki i wrzodziki o jakich mowa, zajmują w przewodzie pokarmowym najczęściej kiszki, tak cienkie jak grube; były jednak zauważane także w żołądku czwartym, oraz w gardzieli (pharynx). W błonie śluzowej dróg oddechowych napotykane guziczki lub wrzodziki, zajmują krtań, tchawicę lub oskrzela, a były spostrzegane także w jamach nosowych.

Wrzody gruźlicze, dążąc w głąb błony śluzowej, docierają nierzadko w przewodach oddechowych do ich chrząstek, w których sprawiają niekiedy zgorzel, częściej zaś osadzenie się soli wapiennych, czyli tak zwane skostnienie chrząstek.

Dotknięte błony śluzowe znajdujemy przytem w stanie nieżytu; są one zatem tu i owdzie obrzmiałemi, nasiąklemi cieczą ropiastą, i okrytemi mniej więcej obficie płynem śluzowo-ropnym; przyczém pojedyncze oskrzela mogą być, czyto jednostajnie, czy też woreczkowato rozszérzone (bronchiektasia), a niekiedy zauważyć się w nich daje komunikacyja z przylegającemi suchotniczemi jamami (cavernae), które, utworzywszy się w miąższu płuc, docierają nierzadko do przylegających oskrzeli i przyczyniają się do przedziurawienia ich ścian. W takim razie, może też zawartość rozpadowych ognisk, przy kaszlu, pyskiem lub nosem, zostać na zewnątrz wydaloną.

Często bardzo, jako sprawę następczą lub też uogólnienie się już sprawy chorobowéj (generalisatio), znajdujemy mniej więcej znacznie zmienionemi gruczoły limfatyczne rozmaitych okolic ciała, między innymi i gruczoły krezkowe, oraz międzymięśniowe. Najczęściéj bywają zajęte gruczoły głowy, szyi i klatki piersiowej, a z tych ostatnich, rzadko zostają oszczędzone gruczoliki limfatyczne, położone

między pierwszą a drugą parą żeber (van Hertsen). Zmienione tego rodzaju gruczoły, są zwykle obrzmiałe, żółto-gliniastej barwy, i nasiąkłe mętnawą cieczą. W niektórych tego rodzaju gruczołach, znajdujemy drobne wybroczyny, albo mniejsze i większe ogniska gruźlicze, które, albo są jeszcze w stanie postępowego swego rozwoju, albo też przeszły już w rozpad, z osadzeniem się soli wapiennych. Z tego też powodu są gruczoły te mniéj więcéj stwardniałe, mniéj więcéj powiększone i co do postaci zniekształcone, przyczém powiększony ich ciężar bywa tak znaczny, że niektóre dosięgają kilku lub kilkunastu funtów wagi.

W wypadkach w których choroba doszła już do znaczniejszego stopnia rozwoju, znajdujemy niekiedy zmiany właściwe i w naczyniach limfatycznych oraz krwionośnych, które w każdym razie główną grają rolę w sprawie generalizacyi choroby. Tak n. p. w ścianach żył zauważone były charakterystyczne guziczki gruźlicze (Weigert), w ścianach aorty i większych tętnic zaś spostrzegane były u sztuk perliczych złogi wapniste U takichże sztuk znajdowano obrzmiałe i wypełnione cieczą, zawiérającą szczątki rozpadowe (detritus) masy perliczej (Anacker), także naczynia mleczne, krezkowe, a nawet w przewodzie piersiowym (ductus thoracicus) było już owrzodzenie gruźlicze napotykane, (Ponfick).

Niekiedy dotyka sprawa chorobowa także kości. Ogniska gruźlicze zajmują w nich szczególniej istotę gębczastą, w któréj też nie raz już były zauważane, jak i w wyrostkach ościstych kręgów grzbietowych oraz w substancyi między-blaszkowej (diplöe) niektórych (czaszkowych) kości płaskich.

Z tego, co dotąd przywiedziono, widzimy już, że w ustroju bydła rogatego, nie ma prawie organu, w którymby sprawa perlicza, pierwotnie lub następowo, nie mogła sobie obrać siedliska chociaż z drugiej strony przyznać musimy że niektóre narządy zostają nią stosunkowo częściéj zajęte niż inne.

Celem zorjentowania się choć w przybliżeniu, co do częstości zajęcia sprawą perliczą u bydła rogatego tych lub owych organów, podajemy tu niektóre cyfry statystyczne.

I tak, obliczenie Göringa dokonane w Bawaryi, wykazało, że na 100 sztuk bydła rzeźnego, perlicą dotkniętego (pomijam tu ułamki) przypadało:

	w roku 1877,	w roku 1878
sztuk, u których były		
zajęte płuca i błony surowicze	„ 41.	„ 47,
„ tylko płuca	„ 33,	„ 34,
„ tylko błony surowicze	„ 17,	„ 15,
„ inne organa	„ 8,	„ 3.

Z 1596 sztuk uznanych przy starannem badaniu w Wielkiem księstwie Badeńskim, jako dotkniętych perlicą, przypadało na każde 100:

wypadków zajęcia tylko płuc	21
„ „ otrzewny i opłucnej . .	28
„ „ płuc i opłucnej . . .	39
„ perlicy uogólnionej	9
zajęcia tylko organów płciowych	3.

Wspomnieć tu należy, że oprócz zmian anatomo-patologicznych dotąd przywiedzionych, a stanowiących, że tak powiem wynik bezpośredni sprawy perliczej, daje się nadto zauważyć u trupów zwierząt, dotkniętych chorobą doszłą do wyższego stopnia rozwoju, mniej więcej wydatne zmiany właściwe niedokrewności (anaemia) oraz charłactwu (cachexia). Spostrzega się zatem niedostatek, rozwodnienie i zblednienie ogólnéj masy krwi, w której skrzepy włóknikowe, jeżeli się gdziebądź utworzą, są wiotkie i znajdują się w nader skąpej ilości — daléj wiotkość i bladość tkanek, między innemi i wszystkich mięśni oraz błon śluzowych, — te ostatnie przedstawiają się zazwyczaj w stanie przewlekłego nieżytu, — nakoniec ogólny brak tłuszczu, który, o ile gdziebądź (n. p. około nerek) nie znikł całkowicie, przedstawia się w postaci masy trzęskiej, półpłynnéj, niekiedy zaś zauważyć się nadto dają i mniéj więcéj obficie przesięki surowicze w tkance łącznéj, oraz w jamach ciała, a szczególniéj w jamie piersiowéj.

Objawy chorobowe.

Ze względu na cel pracy niniejszéj, nie widzę potrzeby rozwodzenia się szczegółowiéj nad zauważanemi w perlicy (grużlicy) objawami, wspomnę tylko w ogóle, że obraz kliniczny przedstawiać się może w poszczególnych wypadkach nader rozmaicie. Zależy to mianowicie. od różnorodności organów lub narządów, w danym wypadku sprawą chorobową zajętych, od roli, jaką narządy te lub organy grają w ogólnej ekonomii zwierzęcego ustroju, od mniejszego lub większego obszaru, jednocześnie w organizmie zwierzęcym procesem patologicznym zajętego, od mniejszej lub większej odporności, jaką w danym wypadku zdolny jest stawiać ustrój działającym nań patogenicznym czynnikom, i t. p. Widzimy téż dla tego, że raz uwydatnione są w perlicy u bydła rogatego jedynie lub przeważnie przypady cierpienia dróg oddechowych, drugi raz występują więcej objawy zajęcia przewodu pokarmowego, niekiedy znowu zjawiają się jakiebądź szczególne przypady, n. p. ze strony narządu płciowego, ze strony układu nerwowego, albo téż różnorodne tego rodzaju i podobne im objawy w sposób rozmaity ze sobą się kombinują.

W każdym razie spostrzega się wcześniej lub później w perlicy, mniej więcej wydatne obrzmienie gruczołów chłonnych, mianowicie na szyi, około gardła, niemniej ogólne wychudnienie, które cechuje formę oznaczaną niegdyś nazwą *Magere Franzosen*, dla odróżnienia od postaci, przy której zwierzęta, pomimo istnienia choroby, nie uległy upadkowi w odżywieniu, a której też z tego powodu przyswojono miano *Fette Franzosen*.

Przebieg choroby i jej zejście.

Wykazana dotąd rozmaitość w objawach sprawy chorobowéj, jak łatwo pojąć, nie zostaje bez wpływu mniéj więcéj znacznego i na przebieg choroby, prowadzącéj jednak wcześniej lub później do śmiertelnego zejścia. Zazwyczaj właściwy jest perlicy przebieg przewlekły, przeciągający się zwykle lata całe; przyczem nawet niekiedy spostrzegać się daje, od czasu do czasu wydatne polepszenie w stanie ogólnym, trwające czas mniéj lub więcéj długi. Tylko przy zajęciu niektórych ważnych organów, n. p. opon mózgowych, mięśnia serca i t. d., przyjmuje niekiedy choroba przebieg ostrzejszy, albo jak to właśnie zauważono przy znacznem rozszérzeniu się sprawy chorobowéj w mięśniu serca, może się nawet nagłą zakończyć śmiercią.

Rozpoznawanie.

Objawy chorobowe w perlicy, oddzielnie uważane, a niekiedy nawet w pewnym kompleksie wzięte, nie są zawsze tak charakterystyczne, aby je za obraz właściwy tylko będącej w mowie chorobie uważać było można. Z tego też powodu, zachodzi nieraz trudność w stanowczem ustanowieniu jej dyjagnozy, zwłaszcza, jeżeli choroba okaże się w oborze, a tem bardziej w okolicy, która dotychczas za zupełnie wolną od perlicy była uważana.

W takich wypadkach radzimy, przy objawach zajęcia otrzewnéj, a szczególniéj, jeżeli się spostrzegają oznaki podnieconego popędu płciowego (*Nymphomania, Satyriasis*), nie zaniedbywać nigdy exploracyi przez odbytnicę, dla przekonania się, czy w jamie brzusznéj nie dadzą się wymacać właściwego rodzaju guzy perlicze. Jakkolwiek bowiem niemożność wykazania ich obecności, nie upoważniałaby wcale do wykluczenia perlicy, to jednak ten sposób badania zasługuje na zalecenie, bo w razie pozytywnego wyniku, może być w większej części wypadków usunięta wątpliwość co do rodzaju podejrzywanéj choroby.

Przy objawach zajęcia sprawą chorobową organów oddechowych i istnieniu, jak to zwykle w takim razie bywa, kaszlu, z mniej więcéj

obfitą wydzieliną, należy dla rozpoznawania uciec się do drobnowidowego zbadania wydzieliny płucnej, celem przekonania się, czy w niej nie dadzą się odkryć wyżej opisane prątki, sprawie gruźliczej właściwe. Poszukiwanie tego rodzaju zasługuje na zalecenie także odnośnie odchodów kiszkowych, jeżeli istniejące objawy chorobowe wskazują na zajęcie sprawą gruźliczą błony śluzowej przewodu pokarmowego. Nareszcie może być wskazane jeszcze dla celów dyjagnozy szczepienie próbne wydzielin chorego zwierzęcia, prątki, o których mowa, zawierać w sobie mogących, albo też experymentalne wprowadzenie tego rodzaju wydzielin do żołądka (karmienie). Doświadczenia tego rodzaju, o ile nie polecimy raczej zabić zwierzę chore, dla rychlejszego przekonania się o rodzaju choroby drogą sekcyi, przedsiębrać najodpowiedniéj na królikach, u których intrapulmonarne jak i intraperitonealne szczepienie, dogodnie wykonać się daje.

Należy jednak i tu zwrócić uwagę, że, o ile wynik dodatni, tak badania mikroskopowego, jak i wskazanych sposobów sztucznego zakażenia, uzasadnia stanowczą dyjagnozę gruźlicy (perlicy), o tyle wynik ujemny, bynajmniej nie upoważnia do twierdzenia, że choroba, o której mowa, w danym wypadku nie istnieje.

Rokowanie.

Z tego co wyżej powiedziano, odnośnie zejścia choroby, która wcześniej lub później kończy się śmiercią, wynika już, że prognozę w perlicy (gruźlicy), jako bezwarunkowo niepomyślną oznaczyć należy.

Leczenie.

Terapija nie może się pochlubić żadnymi środkami, któreby za skuteczne w perlicy uznane być mogły. Z tego też powodu, oraz ze względu, że bydlę chore nie zawsze bezkarnie pozostawione być może w zetknięciu z ludźmi i innemi zwierzętami, a nareszcie z uwagi, że mięso sztuk chorobą dotkniętych, jeżeliby uznane było jako warunkowo na konsumcyję używalne, tem mniej będzie niebezpieczne, im gruźlica mniej znaczny uczyniła w organizmie postęp, im zatem zwierzę wcześniej zostało zabite; z tych wszystkich zasad, uznać musimy, że zamiast leczyć, stosowniej będzie w perlicy (gruźlicy) radzić zabicie sztuk nią dotkniętych, celem rychłego ich usunięcia, względnie celem korzystania z mięsa, o ile to nie sprzeciwiałoby się pod względem policyjno-sanitarnym, ogólnemu bezpieczeństwu.

(Dokończenie nastąpi.)

Zdanie sprawy z Vgo zjazdu lekarzy i przyrodników polskich

we Lwowie

(od 18 do 21 lipca 1888 włącznie)

podał

Dr. J. K. Wiktor
Lek. miejski we Lwowie.

(Ciąg dalszy.)

Sekcya I. Medycyna teoretyczna.

(Posiedzenie drugie z dnia 19 Lipca 1888).

Przewodniczący: Doc. Dr. Obrzut z Pragi. Sekretarz: Dr. Prus ze Lwowa z porządku dziennego:

Prof Dr. Kadyi ze Lwowa mówił:

O niektórych nieprawidłowościach korzeni nerwów krzyżowych u człowieka, z okazaniem preparatów.

Prof. Dr. Kadyi ze Lwowa okazuje na preparatach i rysunkach kilka nieprawidłowości korzeni nerwów krzyżowych u człowieka, które spostrzegł, badając naczynia rdzenia pacierzowego, a na które dotychczas nie zwracano uwagi. Nieprawidłowości te zależą: *a*) albo na tem, że dwa nerwy przebijają twardą oponę rdzenia bliżej siebie niż zwykle, lub nawet tuż obok siebie, *b*) albo też na pewnego rodzaju zbłądzeniu (aberracyi) wiązek korzeniowych, które przyłączywszy się do następnego wyższego nerwu, przez twardą oponę przechodzą razem z jego wiązkami, i dopiero później t. j. w obrębie zewnętrznych warstw opony przyłączają się do reszty właściwego nerwu. W ten sposób w jednym przypadku powstał pozorny brak IVgo nerwu krzyżowego lewego; wszystkie wiązki korzeniowe tego nerwu przechodzą przez twardą oponę razem (przez jeden otwór) z wiązkami IIIgo nerwu i dopiero ze zwoju tego ostatniego nerwu odległego na 1 ctm. wracają wstecz aż do opony twardej. gdzie zagiąwszy się pod kątem ostrym udają się w niej krótki kawałek w dół, a wreszcie opuszczają ją jako IVty nerw krzyżowy, który już nie posiada osobnego zwoju międzykręgowego. Nerw ten pozornie odchodzi od zewnętrznej powierzchni twardej opony, a wewnątrz niej brakuje. Prawdziwy brak korzeni nerwów rdzeniowych, jaki opisał Adamkiewicz (w Virchowa Archiwum T. 88) nigdy się nie zdarza. Adamkiewicz niewątpliwie miał przed sobą rdzenie, u których korzenie nerwów były powyrywane. Nieprawidłowości korzeni nerwów Kadyi znajdował tylko na nerwach odcinków krzyżowych, i podnosi morfologiczne ich znaczenie jako objawu postępowego marnienia dolnych (ogonowych) odcinków rdzenia pacierzowego ludzkiego.

W dyskusyi zabiera głos prof. Cybulski z Krakowa, zapytując, czy prelegent nie widział podobnych nieprawidłowości w korzeniach piersiowych lub szyjnych, nadmieniając zarazem, że u psów w tych częściach rdzenia pacierzowego nigdy nieprawidłowości nie zauważył, a na dolne części rdzenia uwagi nie zwracał. Prof. Dr. Kadyi uwydatnia, że w wyższych częściach rdzenia pacierzowego podobne nieprawidłowościni gdy się nie zdarzają. Poczem

Dr. Prus ze Lwowa wygłosił:

O zmianach wątroby pod wpływem środków termicznych i chemicznych.

Prelegent skreśliwszy rys historyczny nauki o regeneracyi miąższu wątrobowego, przedstawił tok swych doświadczeń, wykonanych w pracowni prof. Cornila w Paryżu i wyniki tejże pracy, które dają się streścić w następujących słowach: Wszystkie składniki wątroby bujają dość silnie po za drażnieniu wątroby środkami termicznemi i chemicznemi, najrychlej zaczynają bujać komórki wątrobowe, w późniejszych zaś okresach bujają głównie jużto komórki tkanki łącznej, już też przybłonki naczyń żółciowych lub naczyń krwionośnych. Ognisko obumarłe zastąpione bywa ostatecznie przez nowowytworzone naczynia żółciowe, torbielowato porozszerzane. Komórki wątrobowe wśród bardzo żywego bujania zamieniają się w komórki przybłonkowe naczyń żółciowych. Tkanka łączna wytwarza się tylko w pierwotnie ist iejących komórkach tkanki łącznej. Ciałka białe nie zamieniają się w fibroblasty i w gojeniu się ran wątroby nie odgrywają żadnej roli czynnej, a prawdopodobnie służą jako materyjał odżywczy dla bujających tkanin. Komórki wątrobowe najrychlej bujają pod wpływem zadrażnienia wątroby gorącą wodą. Wstrzykiwanie wyskoku do żołądka pociąga za sobą bujanie komórek wątrobowych. W przerostowem zziarnieniu wątroby znachodzą się dość liczne i wybitne figury karyjokinetyczne w komórkach wątrobowych i to nawet w tych przypadkach, w których chorobie tej towarzyszy już silne stłuszczenie komórek wątrobowych.

W dyskusyi zabiera głos prof. Cybulski, zapytując, czy nowo wytworzone komórki wątrobowe wyróżniały się od starych komórek. Kol. Prus odpowiada, że obok różnicy w kształcie i wielkości komórek, ważną cechę rozpoznawczą w tym względzie stanowi większa lub mniejsza zdolność przyjmowania barwików Następnie doc. Dr. Obrzut z Pragi uwydatnia, że jakkolwiek w wielu względach zgadza się najzupełniej z wynikami pracy prelegenta, to jednak zamiana komórek wątrobowych w komórki przybłonkowe naczyń żółciowych nie wydaje się mu prawdopodobną ze względu, że embryjologija wykazuje przeciwnie przemianę komórek przybłonkowych w komórki wątrobowe. W odpowiedzi zwraca Dr. Prus przedewszystkiem uwagę, że na preparatach swych studyjować mógł pod kontrolą prof. Cornila najdokładniej stopniową przemianę komórek wątrobowych w komórki przybłonkowe naczyń żółciowych a następnie podnosi ten fakt, że i w adenoma wątroby obserwował takąż przemianę komórek wątrobowych w komórki przybłonkowe naczyń żółciowych. W przerostowem z ziarnieniu wątroby nie widział Dr. Obrzut figur karyjokinetycznych, lecz tylko zmiany degeneracyjne w jądrze komórek wątrobowych. polegające na powolnem znikaniu chromatyny w jądrze komórkowym i grupowaniu się jej na obwodzie jądra, a wreszcie w pierwoszczu komórki, które to przemiany wsteczne Dr. Prus również w swej pracy dokładnie opisał.

Dr. Prus ze Lwowa mówił jeszcze:

O regeneracyi tkanki mózgowej.

Po krótkiem streszczeniu odnośnej literatury a głównie pracy Cöena, który twierdzi, że istotna regeneracyja tkanki mózgowej po zranieniu mózgu nie przychodzi wcale do skutku, i że tkanina, która w miejscu zranienia mózgu się wytwarza, nie zawiera żadnych nowowytworzonych pierwociu ner-

wowych, opisuje prelegent metodę własnych badań. Po dokonanej trepanacyi czaszki u krolików, psów i świnek morskich, ranił mózg nożykiem Graefego lub wycinał kawałeczki istoty mózgowej lub też wreszcie przeszczepiał wycięte kawałeczki mózgu z jednej pólkuli mózgowej na drugą półkulę mózgu. W różnych okresach czasu zależnie od wielkości zranienia goiły się rany mózgu tak dobrze, iż często nietylko gołem okiem nie można było odróżnić miejsca zranienia od części prawidłowych, ale nawet mikroskopowo miejsce pierwotnego zranienia nie wiele zmienionem się przedstawiało. W przypadkach, w których powycinano kawałeczki mózgu w kształcie klina, następywała czasem zupełna regeneracyja tkanki mózgowej i to nieraz tak żywy był proces proliferacyjny, że nowowytworzona tkanka mózgowa wypuklała się po nad pierwotną powierzchnię mózgu. Kawałki mózgu przeszczepione albo zrastały się z tkanką mózgową, albo też jeżeli krwotok był znaczniejszy, leżały w skrzepie krwi nie ulegając zanikowi. Figury karyjokinetyczne można było obserwować tak na komórkach zwojowych jakoteż na komórkach neuroglijowych i środbłonkach naczyniowych.

Po tym wykładzie posiedzenie drugie zamknięto.

Posiedzenie III. z dnia 20 Lipca b. r.

Przewodniczącym w zastępstwie Dr. Baranieckiego wybrany Dr. Jakowski.

Dr. Kulczycki, asystent anatomii przy c. k. Szkole weterynaryi we Lwowie odczytał rzecz:

O tętnicach skórnych psa.

Badania makroskopowe tętnic skórnych u psa dotychczas jeszcze przez nikogo nie uwzględniane, wydały następujące rezultaty. Tętnice skórne są według pewnych prawideł ugrupowane, mianowicie w ten sposób, iż pewne obszary skóry są stale przez pewne tętnice zaopatrywane. Każda tętnica ma odpowiednią i parzystą po drugiej stronie ciała, z którą tworzy bardzo symetryczny i misterny rysunek. Można tu wyróżnić trzy kategoryje tętnic skórnych: 1) Tętnice w mięśniach skórnych. 2) Tętnice przebiegające w tkance łącznej, stosunkowo długie i o wężykowatym przebiegu. (Ostatni ten fakt stoi w przyczynowym związku z nadzwyczajną przesuwalnością skóry). W końcu: 3) Tętnice właściwej *cutis*. Nadzwyczajnie silnie rozwinięta sieć anastomotyczna chroni skórę jako organ najpowierzchowniejszy, najczęściej też narażany na urazy i ucisk od zewnątrz Morfologicznie ważnem jest, że tętnice skórne klatki piersiowej rozmieszczone są wedle metamerów ciała. I tak art. mammaria interna wydaje wzdłuż swego przebiegu obok mostka szereg tętnic skórnych, z których każda wydobywa się z przestworów międzychrząstkowych. Jest to dolny czyli brzuszny szereg tętnic. Po nad tym szeregiem znajduje się drugi szereg, odchodzący od aa. intercostales 5tej do 13tej. Tętnice tego szeregu wydobywają się do skóry w linii utworzonej zębami musc. obliqui abdom. externi Trzeci wreszcie czyli grzbietny szereg odchodzi również od aa. intercostales już w pobliżu wyrostków kolczastych, lecz liczba ich jest o wiele mniejsza. Bezpośrednie przejście tętniczek w pienki żylne, jakie opisał Hoyer u królika i człowieka, znajdują się także w pewnych miejscach pod skórą. Następnie wymienia prelegent ważniejsze tętnice, które oddają gałęzie do skóry i demonstruje takowe na preparatach. Badania

u innych zwierząt domowych, jak konia, przeżuwacza i kota, wydały w zasadzie te same rezultaty.

Następnie

Prof. Dr. Cybulski z Krakowa mówił:

O tak zwanych ciałkach nerwowych Prof. Dra Adamkiewicza.

Na podstawie poszukiwań naś wieżych ludzkich nerwach, stwardniałych w kwasie nadosmowym i azotanie srebrowym, a także na podstawie preparatów C. otrzymanych barwieniem safraniną (własnych i Prof. Adamkiewicza), przychodzi do wniosku, że w nerwach człowieka żadnych innych komórek prócz ciałek Schwanna nie ma, że co do wielkości ciałka Schwanna odpowiadają w zupełności ciałkom przez Prof. Adamkiewicza podanym, że kształt jądra zależy od napięcia. że w protoplazmie otaczającej ciałko Schwanna znajdują się drobne ziarneczka lub kuleczki myeliny, które przy zabarwieniu safraniną barwią się pomarańczowo. Tak zwane ciałka ner. Prof. Adamkiewicza są przeto niczem innem jak tylko ciałkami Schwanna.

W dyskusyi kol. Dr. Prus nadmienia, iż już przed 4 laty inaczej zapatrywał się na ciałka nerwowe, uważał je bowiem za produkt stwardnienia obwodowej części osłonki rdzennej, obecnie zaś po dokładnem wyjaśnieniu ze strony prelegenta, zgadza się zupełnie z jego zapatrywaniem.

Następny wykład, który zgłosił

Prof. Dr. Hlawa (z Pragi):

O t. z. infekcyi hemoragicznej

pracy wykonanej przez prof. Hlawę w jego zakładzie odczytał w imieniu nieobecnego profesora Doc Dr Obrzut.

H. na podstawie 10 przypadków obdukowanych w tamtejszym zakładzie patologiczno-anatomicznym i zbadanych bakteryjologicznie, przyszedł do wniosku, że największa część infekcyj hemoragicznych były tylko infekcyjami drugorzędnemi, spowodowanemi przez streptokokki, lub przez inne mikroby (bacillus septicopyaemicus), a że niektóre infekcyje hemorogiczne pierwotne (infectio haemorrhagica primaria) mogą być uważane za ciężkie intoxykacyje spowodowane przez mikroby gnilne.

K. Jakowski zapytuje referenta, czy prof. Hlawa, zaznaczając, że widział bakteryje gnilne, wyróżnia oddzielne postacie tychże, czy też nie.

Referent nadmienia, że nie wyróżnia. Wreszcie

Doc. Dr. Obrzut referuje:

O cystach pochwy wypełnionych gazami, pracy wykonanej przez Dra Jacobs'a z Brukselli w laboratoryjum referenta.

Według J. cysty te powstają w świetle naczyń krwionośnych, bez udziału naczyń limfatycznych. W ścianach naczyń krwionośnych (żył) nagromadza się na pewnych ograniczonych miejscach naciek, z tego pochodzą ograniczone obliteracyje tych naczyń, a przed częściami obliterowanemi rozszerzenia. W tych to ostatnich wskutek swoistej przemiany treści (krwi) tworzą się cysty. Mikroorganizmów Eisenholza autor nie mógł wykazać żadną metodą.

Przewodniczący Dr. Jakowski z Warszawy zamykając ostatnie to posiedzenie sekcyi dla medycyny teoretycznej, zaznaczył, że wprawdzie w obradach tej sekcyi brała udział stosunkowo niewielka tylko liczba członków

zjazdu, za to zaś sekcyja ta cieszyła się obfitym materyjałem, złożonym wyłącznie z prac ściśle naukowych, oryginalnych i experymentalnych, tak, że porządek dzienny, mimo, że sekcyja odbyła trzy długie posiedzenia, nie mógł być wyczerpany. Mianowicie nie przyszły do skutku dla braku czasu następujące wykłady:

Prace prof. Dra Browicza, prof. Dra Cybulskiego i doc. Dra Glucińskiego, oraz prace prof. Dra Szpilmana i Dra St. Szcz. Zaleskiego.

Sekcyja II. Medycyna wewnętrzna.

(Posiedzenie I. z d. 19 Lipca b. r.).

(Ciąg dalszy).

Dr. Heryng (z Warszawy) wygłosił następnie rzecz:

O dowodach anatomicznych uleczalności suchot krtaniowych.

Zaznaczywszy stan pytania tego przed kilku jeszcze laty, udowadnia na podstawie swego własnego doświadczenia uleczalność powyższej choroby.

W pierwszym przypadku potwierdzili Brodowski w Warszawie i Virchow w Berlinie, zabliźnienie wrzodów gruźliczych krtani. I w drugim przypadku również Virchow potwierdził rozpoznanie. Przypadki te ośmieliły autora do własnych doświadczeń terapeutycznych. Pierwszym, który kwas mleczny stósował miejscowo, był Krause w Berlinie. Kwas mleczny działa tylko na tkanki granulacyjne — na bliznowate utkania, na gruzełki pod niemi, stanowczo nie działa. Ten szczegół jest nadzwyczaj ważny co do terapii. Wobec tego zdecydował się autor do łyżeczkowania (Curette). Przypadek gruźlicy języka wyłeżeczkowaniem wyleczony, naprowadził autora do stosowania łyżeczkowania w krtani. Prelegent opisuje zmiany na przyrządach, jakie sam poczynił, by uczynić je sposobniejszemi. Celem leczenia: zmienić wrzód gruźliczy na wrzód zwykły — usunąć wszystko chorobowe. Dysfagia stanowczo ustępuje. Oczywista, że poprzednio znieczula się kokainem. Strzykawka jest podobną do tej, jakiej używał Pieniążek, o czem autor nie wiedział. Oprócz tego autor stosował injekcyje kw. mlecznego — bez skutku; z lepszym skutkiem mięszanki eteryczno-jodoformowej. Prelegent powołuje się przytem na wyniki omówione w jego dziele o tym przedmiocie. Zaznacza, że wyleczywszy gruźlicę krtani — nie wylecza się jeszcze gruźlicy i suchot płuc. Chorzy, którzy wyleczyli się „spontanicznie", przeżyli chorych leczonych miejscowo. Sama wszakże ulga i ochrona chorego od śmierci głodowej i cel profilaktyczny leczenia miejscowego, zawsze są dostatecznymi powodami do stosowania tego leczenia.

W dyskusyi, która była bardzo ożywioną, przemawiali:

Dr. Mahl: Jesteśmy tylko uczniami Dra Herynga i Krausego, próbujemy podane sposoby leczenia i ja z przyjemnością potwierdzam zgodność mego doświadczenia z podanemi przez prelegenta rezultatami.

Widziałem dotychczas w przeciągu 13 lat 3 przypadki wyleczenia samoistnego. Z 50 leczonych metodą Dra Her. dotychczas u 5 mam rezultat. Tylko w przypadku, gdzie proces nie postępuje w płucach, możemy osięgnąć rezultat stały. Tak samo jak rzadkie są przypadki samoistnej gruźlicy jelit, tak samo a nawet rzadziej, występuje gruźlica pierwotnie w krtani i w tych rzadkich przypadkach można spodziewać się uniknąć recydywy.

Dalej przypadki tak zwanej przewlekłej gruźlicy, gdzie proces zwapnienia następuje, gdzie gorączki wieczornej nie ma, łaknienie i trawienie było do-

bre, tylko w tych przypadkach łyżeczkowanie i traktowanie kwasem mlecznym, przy dobrych warunkach higijenicznych, może dać dobry wynik.

Dysfagia polepsza się po leczeniu kw. mlecznym, a zatem i w ciężkich przypadkach warto ten środek używać, chociaż nie spodziewamy się wyleczyć gruźlicy płuc.

Dr. Ołtuszewski: W zeszłym roku w „Medycynie" ogłosiłem 9 przypadków leczenia suchot krtani kwasem mlecznym. Z tych w 6 nastąpiło zupełne wygojenie wrzodów, w 2 podgojenie, w 1 wynik ujemny. Rezultat dotychczasowy następujący: dwa przypadki zakończyły się śmiercią, dwa spostrzegałem cały rok i owrzodzenia nie wracały; w pozostałych obserwacyjach dalszy wynik dotychczasowo niewiadomy.

W 1888 r. spostrzegałem 17 przypadków, gdzie dłuższy czas stosowałem kwas mleczny, łyżeczkowanie i podskórne injekcyje z emulsyi jodoformowej.

Wynik dotychczasowy następujący: dwa przypadki łyżeczkowania — u chorych spostrzegam dotychczas owrzodzenia w zupełności wygojone. — Cztery przypadki skombinowanego leczenia kwasem mlecznym i injekcyjami z mniejszym lub większym dodatnim wynikiem. Cztery przypadki zupełnego wyleczenia owrzodzeń gruźliczych od działania kwasu mlecznego. Siedm przypadków podgojenia owrzodzeń i znacznej subjektywnej poprawy.

Dr. Pieniążek potwierdza dodatnie wyniki leczenia miejscowego, a zwłaszcza pod względem stosowania kw. mlecznego na wrzody; ściśle chirurgicznego leczenia, a zwł. łyżeczkowania nie przeprowadzał, chciałby je bowiem wprzód w szpitalu przeprowadzić, zanimby zaczął stosować w praktyce prywatnej; wierzy jednak w skutki tegoż, opierając się na analogii z lokalną gruźlicą w innych miejscach. W końcu podnosi, że pragnienie kol, Herynga, aby leczenie stałe rezultaty dawać mogło, w części już jest osiągniętem, a mianowicie w tych, choć rzadkich przypadkach, gdzie gruźlica krtani pierwotnie występuje, a dopiero po latach kilku następowo na płuca przechodzi. Tu usunięcie złogów gruźliczych krtani może usunąć przyczynę rozszerzenia się takowych na płuca, a tem samem i radykalne wyleczenie może stanowić.

Stachiewicz (Görbersdorf): Od 3 lat stosowałem kwas mleczny w formie łagodnej — mianowicie pędzlowanie sposobem Herynga 30—50°|₀ i wkraplanie 15—25°|₀ rozczynu. Są wrzody gruźlicze w krtani, to zaczynam pędzlować — zacznie się tworzyć blizna, pędzlowanie porzucam a wkraplam tylko. Na około 150 przypadków mam przeszło 30°|₀ tą łagodną metodą wyleczonych. Rezultat ten korzystny przypisuję także powietrzu górskiemu, jakie jest w Görbersdorfie, gdzie z tymi przypadkami miałem do czynienia. Przebieg leczenia trwa jednak nieraz bardzo długo.

Pisek: Przed laty kilkudziesięciu już oświadczył głośny klinicysta angielski, że uleczalność suchot płucnych stwierdzamy najczęściej na stole sekcyjnym, przy łóżku chorego przekonujemy się zazwyczaj o ich nieuleczalności. Paradoks ten jest jednak prawdziwym. Zaprzeczyć się nie da, że wyniki miejscowego leczenia są znakomite — lecz wszyscy, a między innymi Heryng i Sokołowski przyznają, że usuwając zmiany miejscowe w krtani, nie usuwają gruźlicy przy suchotach płucnych. Przyznają nawet, że przypadki *cum sanatione spontanea* dłużej żyją od przypadków miejscowo z korzyścią leczonych. Wobec tego sądzę, że miejscowe leczenie chirurgiczne tylko w pewnych i to nader ściśle oznaczonych przypadkach, gdzie *dura necessitas*

zmusza nas do interwencyi, w tych dokładnie indywidualizowanych przypadkach tedy — można stosować leczenie miejscowe chirurgiczne.

Dr. Sokołowski: Uważam ja za niebezpieczną rzecz, decydowanie o wyleczalności suchót płucno-krtaniowych na podstawie obecności laseczników w plwocinie. Są formy suchot płucnych t. j. formy, które określiłem jako włóknistą postać suchot płucnych, w których laseczników w plwocinie albo wcale niebywa lub występują od czasu do czasu w bardzo niewielkiej ilości. W kwestyi tej tj. prognozy, decydować może tylko: 1) Gruntowna obserwacyja kliniczna, 2) Długość czasu spostrzeżenia.

Baranowski; Moi Panowie! Obrady nasze dobrze wróżą o działalności sekcyi medycyny wewnętrznej. Leczenie suchot krtaniowych było przez prelegentów traktowane wyczerpująco. Przytoczono bogato fakta kliniczne, dostarczono dowodów anatomicznych, oceniono wedle miary właściwej znaczenie i wartość metody leczenia, dziś w praktykę wchodzącej.

Powiedział jeden z mowców: „wyleczenie jest radykalnem“. Kto żąda, radykalnego uleczenia, żąda za wiele.

Villemen i Koch dostarczyli nam pewne kryteryjum do ocenienia tego, co zasługuje na miano sprawy gruźliczej. Dzięki temu ściślej dziś określamy pole gruźlicy a zarazem znacznie je rozszerzamy.

Do gruźlicy zaliczamy dziś zołzy, cierpienia gruczołów chłonnych, kości i cały obszar spraw gruźliczych podzielić dziś możemy na 2 główne grupy: gruźlicę wewnętrzną (tuberculosis visceralis) i gruźlicę zewnętrzną, lokalną, czyli tak zwaną chirurgiczną. Czyż chirurg podejmujący wycięcie gruczołów jądra gruźliczego, skrobanie kości, czyż może dać rękojmię, że uleczy radykalnie? czyż po usunięciu jednego ogniska nie znajdzie się inne ukryte lub niedostępne, które wybuchnąć może?

Żądać skutków radykalnych od rękoczynów leczących gruźlicę miejscową krtani, jest to żądać za wiele. Zasługę twórców nowej metody, którzy tu głos zabierali, to właśnie stanowi: że gruźlicę krtani z wisceralnej na gruźlicę lokalną, zewnątrzną czyli t. zw. chirurgiczną zamienili. Stanowi to już zdobycz dla terapii b. wielką.

Dalszy wykład miał:

Dr Stachiewicz:

O rokowaniu w suchotach płucnych.

W rokowaniu należy mieć na oku: przyprowadzenie objawów fizykalnych do względnej normy, tudzież zniszczenie bacillów, obok innych ogólnych wymogów. We wszystkich formach suchot należy być z rokowaniem ostrożnym.

Wyleczenia następują, lecz trudno, i wymagają bardzo dużo czasu i cierpliwości. Wyleczenie nastąpi albo 1) całkowite (katar szczytowy i naciek w ścisłem tego słowa znaczeniu), 2) całkowicie względne (zabliźnienie małych jam), gdzie z objawów fizykalnych pozostanie tylko wydech nieoznaczony i chory pod każdym względem za zdrowego może być uważany, plwocin będzie mało a w nich brak bacillów, 3) względne, gdzie objawy jamy, odgraniczonej twardemi, z tkanki łącznej złożonemi ścianami, ciągle się utrzymują, lub gdzie nastąpi zwapnienie ogniska chorobowego, bacille często bardzo długi czas się utrzymują, 4) uzyskanie przez wyleczenie znacznej poprawy (stationärer Zustand), chory ostatecznie pozostaje bez gorączki, ma

dobry apetyt, chodzi po górach i t. d. lecz objawy samej sprawy chorobowej stale się utrzymują.

Dzielę suchoty płuc na· 1) Katar szczytowy. 2) Naciek w ścisłem tego słowa znaczeniu. 3) Naciek rozpadowy. 4) Jama (Caverna), jako pewne pojęcie.

Dr. Sokołowski zaznacza. że rokowanie w suchotach jest niesłychanie trudne, że każdy przypadek należy indywidualizować, że należy zwrócić uwagę na formę włóknistą suchot płucnych, która występuje w różnych postaciach i okresach suchot, nieraz niezależnie od stosowanej terapii, nieraz w najlepszych warunkach społecznych. Zaznacza również niedostateczność robienia prognozy zależnie od laseczników oraz i ważność obecności włókien elastycznych, na które oddawna zwraca uwagę.

Dr. Korczyński występuje przeciw zbytniemu szematyzowaniu po szczególnych postaci suchot płucnych, któreby uprawniały do rokowania na pewne o dalszym przebiegu i zejściu. Granice między postaciami nakreśla prelegent zanadto ściśle, pomijając fakt powtarzający się tak często we wszystkich zjawiskach przyrodniczych, że poszczególne postacie bez ścisłych granic się łączą. Również nie może się zgodzić na sposób, w jaki prelegent tłómaczy sposób gojenia się zmian gruźliczych za pomocą wytwarzania się jam; jama bowiem jest zawsze tylko objawem destrukcyi i żadną miarą nie może być uważana jako sprawa dla chorego korzystna — Co do rokowania jest zdania, że głównie opierać się należy na konstytucyi chorego, jego stanie odżywienia, wysokości gorączki, odporności ustroju na stan gorączkowy, jednostronności lub obustronności zmian chorobowych w płucach i na stanie, w jakim znajdują się inne narządy. W rokowaniu ważną rolę odgrywa dziedziczność. Mimo szczegółowego uwzględnienia tych wszystkich momentów, rokowanie w gruźlicy płuc nie może nigdy liczyć na bezwględną pewność, tak samo, jak względnem jest zawsze pozorne wyleczenie tej choroby. Najgorsze rokowanie jest wtedy, jeżeli na czas dłuższy przed pojawieniem się zboczeń miejscowych, pojawia się upośledzenie odżywienia, jak niemniej w przypadkach, gdzie istnieje ustrojowa blednica, oparta na wrodzonej wązkości tętnic, a względnie niedokształceniu macicy. Pomyślnem jest rokowanie, jeżeli stan ogólny chorego, jego odżywienie, trawienie, odkrztuszanie i jakość plwocin, a wreszcie wysokośc gorączki, stoją w korzystnym stosunku do zmian miejscowych w płucach.

Następuje odczyt:

Dr. Jakowski i Dr. Chrostowski (z Warszawy):

O epidemicznem zapaleniu płuc i wynikach badań bakteryjologicznych, dokonanych podczas spostrzeganej w Warszawie epidemii domowej.

Dr. J. i Chr mieli sposobność (w końcu listopada r. z. w Warszawie) obserwowania małej domowej epidemii włóknikowego zapalenia płuc. która wybuchła w piekarni przy rozkopywaniu dołu na podwórzu. Zachorowało ogółem 5 piekarzów i chłopców, którzy się około tej pracy kręcili. Przypadki wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem Przejrzenie przez Dra Chrostowskiego kart szpitalnych, szpit św. Rocha i Dzieciątka Jezus od r. 1860 do 1887 wykazało, że od roku 1872 w domu tym ciągle powtarzały się przypadki zapalenia płuc, (ogółem 22), przyczem bywały całe lata, w ciągu których wcale zapalenia płuc w piekarni nie zjawiały się, i lata, gdy bywały one dość częste. Autorowie przypuszczają, że zarazek gnieżdżący się w domu

(resp. ziemi) od czasu do czasu rozwijał gwałtownie swą działalność chorobotwórczą i że takie zjawisko nastąpiło właśnie w obserwowanem przez nich nasileniu. Zbadanie ściśle bakteryjologiczne płynu z ogniska chorobowego w płucach dwu chorych i ziemi wykopanej z powierzchownych warstw jamy, dokonane przez Dra Jakowskiego w pracowni bakteryjologicznej szpitala Dz. Jezus, wykazało w takowych *Pneumococcus Friedländeri*, a wpływ ich chorobotwórczy potwierdził szereg (16) szczepień na zwierzętach (myszy białe).

Autorowie w odczycie swym poruszyli kwestyję przebiegu choroby w epidemicznych zapaleniach płuc, powikłań występujących w czasie przebiegu, usposobienia ustroju ludzkiego do łatwiejszego lub trudniejszego ulegania zarazkowi, sposoby przenoszenia się zarazka od osobnika chorego lub jego otoczenia do osobnika zdrowego, wreszcie okres utajenia w przebiegu choroby, wypowiadając poglądy swe na zasadzie znanych dotąd obserwacyj i swego spostrzeżenia. W drugiej części odczytu, po opisie wyniku badań bakteryjologicznych, poruszyli kwestyję drobnoustrojów, uchodzących obecnie za możliwą przyczynę zapalenia płuc (bakt. *Friedländera, Frankel'a, Weichselbauma*), wypowiadając swój pogląd, iż trudno jest w chwili obecnej orzec stanowczo, który z tych drobnoustrojów gra istotną i najważniejszą rolę w powstawaniu tego cierpienia; pracę swą uważają (trzeci wogóle dotąd ogłoszony opis epidemii zbadanej pod względem bakteryjologicznym) jako przyczynek mający posłużyć do wyjaśnienia tej niezdecydowanej kwestyi.

Odczyt połączony był z okazaniem hodowli w próbetkach (na żelatynie i agarze) i preparatów drobnowidowych; w całości drukuje się ten odczyt w *Gazecie lekarskiej.*

W dyskusyi zabierają głos:

Dr. Pisek oświadcza, że jeszcze przed kilkunastu laty profesor Korczyński głosił w swych klinicznych wykładach przyrodę zakaźną zapalenia płuc. Było to w czasie, gdy bakteryjologija zaledwie w słabych początkach się rozwijała — a o pneumokokkach ani mowy być nie mogło. Li tylko obserwacyja kliniczna a mianowicie niestosunek zmian miejscowych do ogólnych i t. d. były pobudką do tej hipotezy. Z tem większą przyjemnością stwierdza mowca, że dziś po najnowszych pracach niemieckich i francuskich, po pracy kol. prelegenta w dosadny sposób świadczącej o infekcyjności zapalenia płuc, poglądy profesora Korczyńskiego w zupełności się sprawdzają.

Dr. Korczyński przyznaje się do tych poglądów, które wszakże pochodzą od śp. Dietla, nauczyciela K. Jeżeli ma jakiś w tem udział, to tylko dalszy rozwój i krytyczne udowodnienie owej myśli.

Dr. Obtułowicz obserwował przed 2-ma laty epidemiję zapalenia płuc, którem dotkniętych było około 60 osób. Współczesność pojawienia się choroby — i to w jednej izbie u 2—3 osób, najwyraźniej przemawia za przyrodą zakaźną zapalenia płuc.

W tejże kwestyi zabiera jeszcze głos:

Prof. Dr. Korczyński, w poparciu poglądów ajtyjologicznych prelegenta wspominając, że rozporządza spostrzeżeniem, gdzie robotnicy pracujący przy burzeniu starego budynku nabywali zapalenia płuc. W roku 1879 w przeciągu kilku dni zgłosiło się do ambulatoryjum kliniki lekarskiej krakowskiej z jednej i tej samej stolarni 11 czeladników z zapaleniem płuc, a co szczególne, wszyscy inni czeladnicy, którzy nie pracowali w burzonym budynku, pozostali wolni od zapalenia płuc. Przypadki epidemij domowych

zapalenia płuc znane są każdemu lekarzowi i w wielkiej liczbie opisane są w literaturze. K. rozporządza w tym względzie o tyle zajmującem spostrzeżeniem, że stanowi ono ze stanowiska klinicznego dowód że nawet zatorowe zapalenie płuc ma tę samą podstawę ajtyjologiczną, co zapalenie dławcowe. W jednej i tej samej rodzinie u 2 osób prawie równocześnie powstało zapalenie płuc dławcowe a u jednej zator płucny skutkiem wady sercowej, do którego rychło przyłączyło się zapalenie całego płuca z naciekiem bardzo zbitym. Że we wszelkich rodzajach zapalenia płuc (dławcowych, nieżytowych, zatorowych i t. p.) znajdują się jednakiego rodzaju mikroorganizmy, wykazał K. wspólnie z kol. Stachiewiczem jeszcze w roku 1883. (C. d. n.)

Sekcyja III. Chirurgija.

(Posiedzenie I. z d. 19. Lipca 1888 przed południem.)

(Ciąg dalszy.)

Prof. Dr. Rydygier wygłosił następnie:

Kilka uwag o cięciu podbrzusznem wewnątrz-otrzewnowem (Sectio alta intraperitonealis).

Nową tę metodę zastosował R. z pomyślnym skutkiem u jednego chorego, w celu wydobycia dużych kamieni z pęcherza moczowego.

Jak wiadomo od zaprowadzenia cięcia podbrzusznego (Sectio alta), zachodzi niebezpieczeństwo zapalenia otrzewny i nacieku moczowego, i różne modyfikacyje tej metody nie uchyliły pomienionych niebezpieczeństw. Szew pęcherza, zalecany przez wielu, nie zabezpiecza także od nacieku moczowego, szew bowiem rozluźnia się albo rana nie goi się przez rychłozrost i pomimo wytwarzającej się ziarniny może przyjść na brzegach rany do infiltracyi moczem. R. przyszedł więc na myśl, czyby nie można wyzyskać łatwości powstawania zlepnego zapalenia otrzewny na korzyść operacyj na pęcherzu i radzi — zwłaszcza przy dzisiejszym stanie antyseptyki — otwieranie pęcherza właśnie na tem miejscu, gdzie pęcherz jest otrzewną pokryty. Powziąwszy myśl tej metody, zrobił R. cały szereg operacyj próbnych na psach, a gdy takowe się powiodły, wykonał takową na kilku ludziach ze skutkiem zawsze pomyślnym. Podług R. można tą samą metodą operować nowotwory pęcherza jakotéż wewnętrzne rany pęcherza. Rana operacyjna przy téj metodzie goiła się zawsze przez rychłozrost. Myśl dyskusyi, (w któréj brali udział Dr. Dr. Barącz, Bogdanik, Perkowski, Schram, Stankiewicz i Ziembicki) da się streścić w ten sposób, że chociaż powszechnie dziś używana metoda cięcia podbrzusznego prowadzi zwykle do celu, to jednak śmiała i oryginalna metoda Rydygiera, (za którą przemawiają dobrze pojęte stósunki anatomiczne i patologiczne i która daje najłatwiejszy i najlepszy dostęp do dna i tylnej ściany pęcherza), zaleca się do wypróbowania w praktyce przy nowotworach pęcherza, we wskazanych okolicach umiejscowionych. Ostatecznie rozstrzygnie o metodzie Rydygiera praktyka.

II. Posiedzenie d. 19 Lipca 1888 po południu w auli gimnazyjum Franciszka Józefa, w połączeniu ze sekcyją ginekologiczną i wewnętrzną.

Prof. Dr. Obaliński wygłosił rzecz:

O laparotomii w obec niedrożności jelit.

Po krótkim poglądzie historycznym, wykazującym, że tu i ówdzie odważano się w 17. i 18. wieku na laparotomije celem usunięcia niedrożności

jelit; dalej, że dopiero w 19. stuleciu zaczęto na seryjo do tych operacyj się zabierać, gdy Rokitansky wykazał anatomicznie możliwość usuwania tych przeszkód; przechodzi prelegent do wykazania obecnego stanu nauki pod tym względem. W obec niefortunnych wyników tychże laparotomij w czasach przedantyseptycznych, nie dziwnem być powinno, że słynny chirurg paryski Nelaton postawił za zasadę wykonywanie enterostomii a nie laparotomii; gdy jednak antyseptyka coraz to lepsze zdobywała dla chirurgii rezultaty, zaczęto także i w niedrożności jelit coraz to usilniej skłaniać się do laparotomii, czego najlepszy dowód mamy w statystycznej pracy Schramma z kliniki Mikulicza, który podówczas gorąco zalecał wczesną laparotomiję. Lecz i tym razem nie obeszło się bez reakcyi. Krönlein a za nim Czerny oświadczyli się na podstawie swych wyników za ogólniejszem używaniem enterostomii, ograniczając laparotomiję tylko do przypadków na pewno rozpoznanych, tak co do natury niedrożności, jak i jej umiejscowienia, z dodatkiem jeszcze i tego warunku, żeby brzuch nie był zbyt wzdętym.

Z tego powodu stała się sprawa ta materyjałem do dyskusyi w licznych towarzystwach i korporacyjach lekarskich, a jakkolwiek rzeczy naukowe nie mogą być jak n. p inne uchwały przez głosowanie rozstrzygane, to jednak dyskusyja dobrze poprowadzona w obec licznego grona lekarzy, sprowadza ścieranie się zdań, wyjaśnia niektóre ciemne kwestyje i pobudza do nowych badań i doświadczeń.

Takie roztrząsania odbyły się w British Med. Association (1855), które doszło do wniosku, że obecnie powinno być naszem staraniem najusilniejszem dochodzić do pewnego rozpoznania, które najlepszym bywa doradzcą, bo tam gdzie rozpoznaną jest przeszkoda mechaniczna, należy zaraz przystąpić do laparotomii, gdzie zaś przeważają przypady zapalne, stósować opium i belladonnę. W przypadkach wątpliwych, nie należy czasu tracić i szybko przystąpić do laparotomii.

Na zjeździe chirurgów niemieckich (1887) poruszono także tę kwestyję, a referent Medelung zwrócił tory głównie do rozważania sposobów technicznych; co zaś do wskazań, to traktuje je nieco po macoszemu, tak, że zaledwie dopatrzyć się można twierdzenia, aby się tak różowo nie zapatrywać na laparotomiję w tych przypadkach, jak to niektórzy czynią, gdyż do rezultatów takich, jak przy owaryjotomii, nigdy nie dojdziemy. Za częstszem przedsiębraniem laparatomii przemawiali w dyskusyi Stelzner z Drezna i Rydygier z Krakowa; przeważna zaś liczba przemawia raczej za enterostomiją, a między nimi i dawniejszy gorący zwolennik wczesnej laparotomii Mikulicz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie miało także raz tę kwestyję na porządku dziennym, a podówczas wystąpił był dzisiejszy referent z wnioskiem laparatomii dyjagnostycznej, opierając się na kilku własnych przypadkach, przyczem doznał poparcia jedynie ze strony chirurgów, gdy interniści i ginekolodzy stanowczo przeciw temu wystąpili.

Dzisiaj po kilkn latach, tak bogatych w doświadczenia na tem polu, oparty przeważnie na własnym obfitym materyjale, oświadcza prelegent, że nie ma powodu od zdania poprzednio wypowiedzianego odstąpić, lecz musi je nawet gorąco poprzeć. Pomijając historyję chorób własnych 43 przypadków, w których 33 razy wykonał laparotomiję, uzasadnia zdanie to swoje następującem z rozpatrzenia powyższych przypadków wynikłem resumé:

1. Z 33 operowanych wyzdrowiało 11, co daje 66·6% śmiertelności.

2. Z uwagi, że w 9 przypadkach przystąpiono do operacyi tak późno, iż już bardzo słaba a właściwie prawie żadnej nie było nadziei, dozwolonem jest przypuszczenie że operując we właściwym, odpowiednim czasie, obniżyć by można śmiertelność poniżej 50%, a może nawet do 40%.

3. Tylko jeden przypadek śmierci z tych 22 sprowadzonym był przez samą operacyję i to nie przez samą laparatomiję, lecz wskutek puszczenia szwów jelitowych przy równocześnie wykonanej resekcyi jelit.

4. Ani razu nie wykonano laparotomii niepotrzebnie.

5. Zawsze odnaleziono przyczynę. 25 razy usunięto ją bezpośrednio, 4 razy przez enterostomiję, 3 razy nie można jej było usunąć, a raz nie było już czasu.

6. Na 33 razy sprawdziło się rozpoznanie co do niedrożności podczas operacyi tylko 19 razy, 14 razy nic. Dodać należy, że pośród tych 19 przypadków tylko w kilku sprawdziło się co do przypuszczanego miejsca.

Na podstawie tego doświadczenia i tych dat, czuje się uprawnionym do twierdzenia, że mało kiedy udaje się na pewno rodzaj i umiejscowienie niedrożności rozpoznać, że w obecnych warunkach dyjagnostyki jedynie tylko laparotomija próbna rozstrzygnąć to może. Gdybyśmy się trzymali tylko rozpoznania z przypadków, to byśmy bardzo rzadko w porę mogli wykonać właściwą laparotomiję, która jedynie jest odpowiedniem leczeniem.

I n t e r n i s t o m, po największej części skłonnym do wyczekiwania, odpowiada prelegent, że nie należy tracić czasu w nagłych i gwałtownie przebiegających przypadkach, mając przekonanie, że mniej zaszkodzi otwarcie jamy brzusznej, choćby to się okazało zbytecznem w jednym przypadku, niż pominięcie go lub za późne wykonanie w dziesięciu innych. Z tego jednak nie wynika, żeby nie próbować i innych środków, mianowicie przeczyszczających. Wreszcie kładzie nacisk na dwie rzeczy: po pierwsze, aby uważać szczególnie, czy przypady niedrożności nie pochodzą od podrażnienia otrzewny, tu bowiem spokój i narkotyki (opium, belladonna) najwięcej zdziałać mogą; powtóre, aby się nie łudzić ustąpieniem przypadów tam, gdzie one systematycznie co pewien czas powracają i raczej wykonać laparotomiję, wykazując na kilku własnych przypadkach, że zawsze była anatomiczna zmiana, a najczęściej blizny lub zrosty po tyfusie.

C h i r u r g o m zaś, tak ostro przeciw laparotomii występującym, przypomina prelegent, że i on sam nie wyklucza enterostomii, wszak ją sam 4 razy wśród tych 33 wykonał i zbawiennych jej skutków doznał, lecz były to enterostomije wykonane po poprzedniej laparotomii rozpoznawczej, a więc całkiem r a c y j o n a l n e, na dokładnem zbadaniu stosunków śródbrzusznych oparte, a nie wykonane na chybił trafił, na którą to operacyję tylko wyjątkowo dałby się namówić. W końcu omawia stronę techniczną, którą jako potwierdzenie znanych już faktów opuścić możemy.

Profesor Dr. Korczyński w odpowiedzi na wzmiankę uczynioną przez prof. Obalińskiego, że interniści zazwyczaj są skłonni do wyczekiwania, zanim w przypadkach niezdrożności jelit zawezwą pomocy chirurga, powołuje się na dyskusyję w towarzystwie lekarskiem krakowskiem przed laty kilku podjętą, i stanowisko swoje w tej sprawie określa jak następuje:

Co do leczenia niedrożności jelit, to nie tylko nie zmieniłem mego zapatrywania, ale na podstawie póżniejszego doświadczenia coraz bardziej utwierdziłem się w zasadach, którem i się kieruję. Najważniejszą rzeczą jest

rozpoznać, czy niedrożność jest funkcyjonalną, czy też opartą jest na podstawie anatomicznej. Nadmierne nagromadzenie kału, niedowład, lub stan porażenny błony mięsnej jelit, surowicze przesiąknienie błony mięsnej skutkiem zapalenia otrzewny bądź to rozlanego a nawet ograniczonego na małą przestrzeń, osobliwie w zakresie kątnicy i okrężnicy wstępującej, oto najczęstsze przyczyny niedrożności funkcyjonalnej. Ponieważ badanie przedmiotowe ogranicza się tu tylko do oglądania, macania, wypuku i do badania jelita odchodowego, a u kobiet i części rodnych, wreszcie do obmacania możebnych bram przepuklinowych zewnętrznych, przeto tem dokładniej uwzględnić należy poprzednio przebyte choroby, poprzednią czynność jelit, początek i rozwój obecnej choroby, zachowanie się chorego i jego obecny stan ogólny, a przedewszystkiem zachowanie się sił, tętna i ciepłoty. Ważnymi momentami, które przemawiają za niedrożnością funkcyjonalną, jest brak napadowo występującego wydymania się brzucha, napadowo pojawiającego się kruczenia i przelewania, któremu by oprócz bolu towarzyszyło rysowanie się pętli jelit przez powłoki brzuszne, wreszcie niezbyt znaczne oddziaływanie ustroju na dłuższy czas utrzymujące się zaparcie stolca i wiatrów. Niekiedy rozróżnienie niedrożności funkcyjonalnej od anatomicznej jest bardzo trudne, a na razie nawet niemożebne, tak dalece, że dopiero dalszy przebieg, wśród najściślejszej obserwacyi, i wynik leczenia, podstawę choroby wyjaśniają. Niekiedy niedrożność funkcyjonalna daje powód do niedrożności anatomicznej, jak n. p. zaparcie stolca skutkiem stanu porażennego błony mięsnej jelit do wgłobienia się tej części jelit, która leży po nad miejscem chwilowej zapory. W zapaleniu otrzewny bardzo trudno jest nieraz rozstrzygnąć, czy niedrożność jelit polega na porażeniu błony mięsnej tej części jelita, około której toczy się sprawa zapalna, lub też jelit w ogóle, albo też na zrostach zapalnych pomiędzy pętlami jelit Obok ogólnych wskazówek rozpoznawczych między niedrożnością anatomiczną a funkcyjonalną, znaczy tu bardzo wiele osobiste doświadczenie rozpoznającego; obeznany z rzeczą i rozporządzający własnem rozległem doświadczeniem internista, będzie się mógł pochwalić daleko większą odsetką trafnych rozpoznań, tak samo jak biegły i doświadczony w laparotomii chirurg, poszczyci się daleko lepszą odsetką wyleczeń, niż chirurg, chociażby teoretycznie rzecz najlepiej znający, który jeszcze całego szeregu laparotomij nie wykonał.

Stanowcze rozpoznanie niedrożności funkcyjonalnej, pozostawia chorego w rękach internisty. Bądź co bądź nie wolno mu stosować silniejszych środków przeczyszczających, a ograniczyć mu się należy do podawania jak najłagodniejszych: olejku rącznikowego i kalomelu. Natomiast ma szerokie pole działania za pomocą przepłukiwań żołądka, enem wodnych i gazowych, mięsienia brzucha, okładów i natrysków, elektryzowania powłok brzusznych i podawania środków kojących, których bezwarunkowo — z pominięciem wszystkich innych — używać winien we wszystkich przypadkach. gdzie rozróżnienie między niedrożnością wywołaną niedowładem jelit, a niedrożnością anatomiczną nie jest zupełnie pewne, lub gdzie istnieje stan zapalny otrzewny, czy to pierwotny czy następowy.

Najtrudniej jest rozpoznać, czy zapalenie otrzewny jest pierwotną i ostateczną przyczyną braku stolca i wiatrów czy też wywołane zostało następowo skutkiem zwęźlenia, skręcenia, wgłobienia, uwięzgnienia wewnętrznego i t. p. jelit. W przypadkach takich trzeba być tem bardziej ostrożnym w leczeniu i tem rychlej zawezwać należy pomocy chirurga, chociażby dla współ-

nego omówienia danego przypadku. Nie można żądać od każdego internisty, by był biegłym operatorem, a od każdego chirurga, by posiadał biegłość w rozpoznawaniu chorób wewnętrznych; niedrożność jelit jest tem polem granicznem, gdzie internista wraz z chirurgiem zjawiać się winni razem i to od początku choroby przy łóżku chorego, by się wzajemnie wspierać radą i czynem.

Z chwilą, kiedy rozpoznaną została niedrożność jelit na podstawie anatomicznej, trzeba być przygotowanym do wykonania laparotomii Opóźniać jej nie należy. Czekać i zwlekać jej się nie godzi. Im wcześniej się ją wykona, tem lepiej dla chorego, tem dogodniej dla operującego. Tylko w takich przypadkach można wyczekiwać — i to niezbyt długo — jeżeli stan ogólny chorego jest zupełnie dobry i nie ma najmniejszych przypadów następowego zapalenia otrzewny. Zdarza się bowiem czasem, lubo bardzo rzadko, że przyczyny anatomiczne niedrożności bez operacyi ustępują, to jest, że jelito się samo przez się odkręca, wyślizguje się z pod popręgu otrzewnowego, lub cofa się z miejsca wgłobienia. Nigdy jednak nie należy czekać z laparotomiją, jedynie dla tego, że przyroda niedrożności anatomicznej nie jest należycie rozjaśnioną. Ktoby zwlekać chciał z laparatomiją, dopóki nie ma rozpoznania całkiem ścisłego, czy przyczyną niedrożności jest skręt lub uwięzgnienie wewnętrzne 1 t. p., a tem bardziej czekać, dopóki nie wyśledzi siedziby niedrożności, ten doczekał by się często rozpoznania na stole sekcyjnym, przed podjęciem zabiegu operacyjnego. Najbieglejszy internista tylko w pewnej ilości przypadków jest w stanie rozpoznać ściśle przyrodę, a jeszcze w mniejszej ilości siedzibę niedrożności anatomicznej.

Dr. Bogdanik okazuje kolegom stosunkowo nie wielki kamyk żółciowy i wierną rycinę naturalnej wielkości i barwy (rysunek p. Glattmanaa). mający u podstawy 3 cm. średnicy, a 3·75 cm. wysokości, który u kobiety 56-letniej wywołał przypady groźne niedrożności jelit. Przypady ustąpiły po wydaleniu (wśród strasznych bolów) kamienia przez odbytnicę.

Dr. Wehr stwierdza przedewszystkiem, że zasady leczenia niedrożności jelit, wygłoszone w pouczającym wykładzie prof. Obalińskiego, są, o ile mu wiadomo, zupełnie zgodne z zapatrywaniem wszystkich obecnych chirurgów polskich. O ile zaś w tym razie łączność chirurga z internistą jest na miejscu, nietylko wobec chorego, lecz i w dyskusyi, świadczy przemówienie prof. Korczyńskiego, przyjęte ogólnym poklaskiem.

Tylko współdziałanie obu może się przyczynić do rychlejszego rozpoznania przyczyny anatomicznej i skłonić pacyjenta do wcześniejszego poddania się operacyi, której w takim razie rokować można będzie lepiej, niż dotychczas. Jako illustracyję niebezpieczeństwa wyczekiwania i stosowania sondy Kussmaula, na co już Rydygier zwrócił uwagę na zjeździe w Berlinie 1887, przytacza przypadek z własnej praktyki.

Zawezwany na prowincyję do p. Wsz... zastaje prócz wymiotów od 24 godzin i braku stolca, stan ogólny dość dobry, bezgorączkowy, brak wzdęcia i bolu, prócz niewielkiej dolegliwości w okolicy pępka. Chory przed kilkoma dniami zjadł obfitą zimną kolacyję. Stosowano Ol. ric. bez skutku.

Zastosowanie sondy Kussmaula i przepłukanie żołądka wodą sodową, usuwa wymioty na 12 godzin zupełnie, powtórnie na godzin 6. Laparotomija, odnalezienie i wydobycie przez nacięcie kiszki kamienia (koprolitu z jądrem cholestearynowem demonstracyja) wielkości i kształtu dużej śliwki, który zatykał zupełnie światło kiszki i był powodem licznych, porozrzucanych, nie-

wielkich (jak groch, bób), ciemno szaro-wiśniowych, jednak połyskujących odleżyn w części górnej kiszki. Operacyja trwała 20 minut i odbyła się bez żadnych komplikacyj. Chory zakończył życie 2-go dnia wśród przypadków zapalenia otrzewny z przebicia.

Dr. Ziembicki winszuje kol. Obalińskiemu pięknych wyników. Osobiście przemawia za laparotomiją w przypadkach ostrych, gwałtownych, niezadawnionych.

W przypadkach zaniedbanych, razem z Czernym i Schedem, woli enterostomiję lub caecotomiję i przedstawia chorego, którego przed 3 laty operował z powodu przypadków occlusio intest. w dniu 11-tym choroby. Stan był tak groźny, że o laparatomii mowy być nie mogło.

Co do techniki, uważa cięcie tak zwane probiercze, jako zabieg bardzo ciężki. Lepiej w takim razie zrobić odrazu otwór w wzdętych kiszkach, wypuścić kał i wykonać enterorraphiję, niż par force redukować kiszki, z narażeniem się na pęknięcie tychże i wylanie kału do brzucha.

W przypadkach stosownych, enterostomija zmienia warunki mechaniczne, umożliwia n. p. rozkręcenie skrętu, i bywa wtedy nietylko środkiem palliatywnym lecz i radykalnym.

W dyskusyi dalszej zabierali głos: Kol. Rydygier, Stankiewicz, Schramm, Obaliński i Orłowski. Następnie mówił:

Dr. Wehr (Lwów):

„O przeszczepialności raka“.

Odwołując się z powodu braku czasu na swe ogłoszone dotychczas prace, demonstruje preparat udałego przeszczepienia raka z psa na psa. (Szczegółowa praca ukaże się w druku). Wreszcie okazał:

Dr. Neugebauer (syn) z Warszawy.

Instrumentarium własne i ojca do operacyj przetok pęcherzowo-pochwowych i sposób operowania tych przetok. (Demonstracyja z wykładem.)

Nadzwyczaj jasny, treściwy i zajmujący sposób wykładu, znamionujący dokładne obeznanie się z przedmiotem i wielkie doświadczenie, zainteresowały wszystkich obecnych, którzy też gorącymi oklaskami nagrodzili mowcę.

(C. d. n.)

Sekcyja IV. Ginekologija i Akuszeryja.

(Posiedzenie drugie i ostatnie z dnia 20. lipca).

(Ciąg dalszy.)

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Sekretarz: Dr. St. Braun, później Dr. Sielski. Z kolei przypada

Dr. Sielski:

Przedstawienie kobiet operowanych metodą Lawson'a Tait'a.

W ostatnich trzech miesiącach wykonywał kol. Sielski operacyje plastyczne na międrykroczu metodą Lawsona Tait'a. Operował cztery razy przy wypadnięciu macicy, (z których jednę operowaną przedstawia), i jeden raz przy przedarciu międzykrocza, (tę operowaną także przedstawia).

Opisawszy pokrótce sposób operowania Lawsona Tait'a, mówi następnie, że operując wypadnięcie macicy, bardzo rzadko amputuje część pochwową

(tylko przy bardzo znacznem wydłużeniu takowej), a wszystkie inne zabiegi operacyjne wykonuje na jednem posiedzeniu (Colporrhaphia anterior, Colporrhaphia posterior, lub lateralis, i perineoplastyka). Chore leżą tylko 10 do 14 dni, a potem wstają już z łóżka. Leczenie więc operacyjne wypadnięcia macicy trwa wcale krótko. Następuje

Dr. Sielski:

Demonstracyja przyrządów ginekologicznych własnego pomysłu.

1) Szczypczyki do utrzymania macicy przy operacyjach na części pochwowej, po za któremi da się założyć elastyczna ligatura w celu bezkrwawego operowania. Te szczypczyki oddawały mu osobliwie dobre usługi przy amputacyjach części pochwowej i operacyi Emmeta.

2) Strzykawka do wstrzykiwań śródmacicznych płynów przyżegających, dozwalająca na wolny odpływ wstrzykiwanego płynu.

3) Cewnik do przepłukiwania jamy macicznej.

4) Przyrząd do ciągłej irrygacyi pochwy i jamy macicznej.

W dyskusyi zabiera głos Dr. Stroynowski twierdząc, że operacyja Lawsona Tait'a kwalifikuje się bardziej przy przedarciach międzykrocza, lecz mniej przy wypadnięciach macicy. O ile przypomina sobie, to Sänger wykonuje ją tylko przy przedarciu międzykrocza, ale nigdy przy wypadnięciu macicy bez przedarcia międzykrocza.

Dr.Guliński zwraca uwagę, że wspomniana operacyja perineoplastyczna nie została wynalezioną przez Lawsona Taita. Sądzi, że sposób ten operowania kwalifikuje się przy pęknięciach międzykrocza bez wypadnięcia macicy i pochwy. Nakoniec rokuje, że u operowanych przez Dra Sielskiego, nastąpi z czasem napowrót wypadnięcie macicy i pochwy, a to z tego powodu, że operując takie wypadnięcia, nie amputuje części pochwowej.

Dr. Siełski przyznaje słuszność twierdzeniu, że omawiana operacyja nie jest pomysłu Lawsona Taita, lecz Simpsona. Jednakowoż Lawson Tait zmodyfikował ją i wydoskonalił; zresztą jest ona znaną w literaturze ginekologicznej ostatniego roku pod nazwą operacyi Lawsona-Taita. — Nie zgadza się z twierdzeniem, jakoby ta metoda operowania nie kwalifikowała się przy wypadnięciach macicy, lecz przeciwnie uważa ją jako bardzo doskonałą właśnie jako końcowy akt operowania wypadnięcia pochwy i macicy. Sänger wyraźnie opisuje sposób wykonywania takowej przy wyższym stopniu wypadnięcia pochwy, bez względu na to, czy międzykrocze jest pęknięte czy też całe. Sänger postępuje przy wyższym stopniu wypadnięcia pochwy i macicy w ten sposób, że amputuje przedewszystkiem część pochwową macicy, następnie wykonuje colporrhaphiam anter. a jako końcowy akt operacyi colporrhaphiam poster. i plastykę międzykrocza metodą Lawsona Taita. Lawson Tait zaś sam, operując wypadnięcie pochwy i macicy, nawet nie wykonuje kolporrhaphii, lecz tylko wyłącznie swoją perineoplastykę. — Nie zgadza się również Dr. Sielski z twierdzeniem kol. Gulińskiego, żeby z czasem miało wystąpić u operowanych powrotne wypadnięcie macicy i pochwy — z tego powodu, że nie wykonano amputacyi części pochwowej. Kol. Guliński widocznie sądzi, że wykonanie amputacyi części pochwowej działa specyficznie w ten sposób, że wskutek tego zabiegu następuje przeobrażenie wsteczne przerosłej macicy Z tem pojmowaniem rzeczy, uważanem zresztą ogólnie prawie przez wszystkich ginekologów za słuszne i prawdziwe, nie zgadza się kol. Sielski. Nie amputacyi części pochwowej, lecz ustaleniu macicy w pra-

widłowem położeniu przypisuje, że po udałych operacyjach wypadnięcia macicy, takowa się zmniejsza. Jako dowód przytacza, że prawie nigdy nie amputuje części pochwowej, a przecież zawsze, nawet bardzo znacznie powiększona macica, po ustaleniu takowej przez zabieg operacyjny w prawidłowem położeniu, zmniejsza się w przeciągu kilku tygodni do prawidłowej wielkości. Nie sądzi zatem, by u chorej przedstawionej miało, z czasem nastąpić ponowienie choroby. Przed operacyją jama macicy była 14 ctm., a obecnie jest tylko 7 ctm. długa. więc mimo, że nie wykonał amputacyi części pochwowej, nastąpiło przecież jak najzupełniejsze przeobrażenie wsteczne macicy. O dalszy los operowanej jest tem bardziej spokojny, że macica leży u niej w prawidłowem przodozgięciu, a przecież wiemy z doświadczenia, że operowaną, u której po operacyi macica zmniejszyła się do prawidłowej wielkości i leży w przodozgięciu lub przodopochyleniu, uważać możemy za zupełnie i stale wyleczoną. Następnie przedstawił:

Dr. Braun Stanisław z Krakowa kilka ciekawszych przypadków kazuistycznych z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Dra M. Madurowicza i wobec wielkiego zainteresowania się położników kwestyją cięcia cesarskiego, opisał przedewszystkiem:

„Nowy przypadek cięcia cesarskiego, dokonanego w czerwcu b. r. na karlicy według metody Sängera, z wynikiem pomyślnym dla matki i płodu“.

Zanim przystąpił do szczegółowego sprawozdania z tego przypadku, skreślił pokrótce historyję cięcia cesarskiego na klinice krakowskiej, dodając, że w przeciągu ostatnich lat 25 wykonano trzy cięcia cesarskie na kobietach żywych: po raz pierwszy w r. 1870 według metody dawnej klasycznej, z powodu wypełnienia małej miednicy nerwiakiem, wychodzącym z nerwu kulszowego prawego, zrośniętego z otoczeniem, poczem płód urodził się omdlały — wnet docucony — matka zaś umarła w trzy dni po operacyi z powodu krwotoku i zapalenia otrzewny; — po raz drugi z końcem listopada 1887 na karlicy, z powodu znacznie ogólnie ścieśnionej miednicy płaskiej krzywicowej według metody Porry, z wynikiem pomyślnym dla matki i płodu; — po raz trzeci w czerwcu b. r. również na karlicy, z powodu ogólnie ścieśnionej miednicy płaskiej krzywicowej, według metody Sängera (cięcie cesarskie zachowawcze), zakładając na ranę macicy zostawionej w jamie brzusznej 3 piętrowy szew ciągły z grubego chromowogo katgutu N. 3. Płód urodził się żywy, matka zupełnie zdrowa opuściła klinikę w 6 tygodniu po operacyi.

Jako przypadek analogiczny do cięcia cesarskiego opisał następnie:

„Pęknięcie macicy i przejście całego jaja płodowego do jamy brzusznej podczas ciąży“ — w skutek czego z jednej strony płód obumarł, a z drugiej strony otrzewna brzuszna uległa ropnemu zapaleniu i wytworzyły się ropnie otrzewnowe, które przebiły przez pępek na zewnątrz do worka płodowego, gdzie sprawiły zropienie zupełne łożyska i popłodu, a ropa wydostała się przez szyjkę i pochwę na zewnątrz. Od pęknięcia macicy do wydobycia płodu przez laparotomiję, upłynęło przeszło sześć tygodni — po operacyi żyła matka jeszcze 6 tygodni i umarła z powodu wyniszczenia.

Przypadki te będą ogłoszone obszerniej w „Przeglądzie lekarskim". Dalej poruszoną została przez tegoż:

Kwestyja rozszerzenia szyjki macicznej balonem Brauna w celu przyspieszenia porodu, przyczem prelegent wykazał na jednym przypadku wynik pomyślny z powyższej procedury, bardzo ostrożnie i przy zachowaniu wszelkich kauteli antyseptycznych wykonanej, gdzie tylko przez sztuczne i zupełne a w krótkim czasie dokonane rozszerzenie szyjki macicznej, mógł ukończyć pomyślnie poród dla płodu i matki, u której z powodu obrzęku płuc w przebiegu zapalenia chronicznego nerek powstałego, wzniecono najpierw poród przedwczesny, rozszerzając szyjkę balonem, a później dokonano obrotu płodu na nóżki, z następowem wyciąganiem za nóżki. W końcu na przykładzie wykazał, że rozszerzenie powinno się odbywać bardzo powoli i ostrożnie, gdyż u jednej położnicy dotkniętej rzucawką porodową po rozszerzaniu bardzo krótko trwającem, znalazł przecież po śmierci pęknięcie błony śluzowej szyjki od ujścia zewnętrznego do wewnętrznego.

W końcu przedstawił tenże jeszcze:

Rzadki przypadek oderwania się dobrowolnego macicy od przedniej ściany pochwy podczas porodu z powodu bliznowatego zwężenia wejścia do pochwy, po porodzie ostatnim, przeciągającym się, nabytego, -- kładąc nacisk, że gdyby w danym przypadku lekarz wezwany wcześnie był przeciął bliznę i płód wydobył, matka i dziecko byłyby uratowane. Chorą tę przyniesiono w czwartym dniu porodu w stanie zupełnej bezsilności do kliniki, gdzie rozcięto bliznę, założono kleszcze, ale jeszcze przed wydobyciem płodu przez pochwę, matka umarła. Po śmierci wykonano cięcie cesarskie i znaleziono płód nieżywy, między jelitami umieszczony — macicę dobrzeskurczoną, oderwaną w przedniej ścianie, na boku prawym leżącą.

Wykłady kol. Brauna wywołały ożywioną dyskusyję, w której brali udział: Dr. Guliński, Dr. Stroynowski, Dr. Mężyk i referent Dr. Braun.

Dr. Stroynowski poruszył przy tej sposobności ważną kwestyję: **O postępowaniu w trzecim okresie porodowym**, mniej więcej w następujący sposób:

Jakkolwiek odstępuję cokolwiek od właściwego tematu — lecz z uwagi na ważną sprawę, możecie panowie zezwolić na tę wycieczkę. Kol. Braun wspomniał, że popłód przez ucisk wydalono — otóż chciałbym prosić kol. Brauna, ażeby nam powiedział, w jaki sposób postępuje się w klinice położniczej krakowskiej w 3. okresie porodowym. Wiadomo bowiem szanownym panom, że obecnie wre zacięta walka między dwoma obozami w Niemczech — po jednej stronie Credé, twórca rękoczynu, który niewątpliwie jest w danej chwili bardzo dobrym i wskazanym, z drugiej strony Dohrn i Ahlfeld, którzy tylko bardzo rzadko takowego używają, nie ujmując mu tem samem pierwszeństwa w pewnych ściśle wskazanych przypadkach. Rękoczyn Credé'go, pierwotnie przez niego samego używany był tylko wtenczas, gdy łożysko po dłuższym okresie czasu samowolnie nie odchodziło; ponieważ jest to rękoczyn nie trudny i istotnie można się go wnet wyuczyć, więc też zastosowanie bywało coraz częstsze, a że tem samem poród bywał zakończony, więc też chętnie, mianowicie mniej cierpliwe i świadome położne go wykonywały. Dohrn z Królewca zauważył jednakże pierwszy, że w miarę częstszego używania rękoczynu, częściej pojawiały się krwotoki po porodzie, i że błony w całości nie odchodzą, ale częstokroć pozostają oderwane w macicy, że potrzeba

wydobycia tychże, a względnie choroby w połogu częściej występują. Ahlfeld z właściwą sobie wytrwałością robił dalsze obserwacyje i wykazał, że w klinice jego krwotoki, jakoteż oddarcia błon od łożyska i choroby połogowe o wiele częściej występowały, skoro zastosowano rękoczyn Credé,go. Natomiast stan się polepszył od czasu, kiedy zastosowuje metodę wyczekującą, a czeka czasem kilka a nawet kilkanaście godzin. Skoro tylko nie ma silniejszego odpływu krwi, radzi natomiast, ażeby nie czekać, jeżeli ku temu są wskazania, naturalnie pierwszorzędnie krwotok. Ahlfeld twierdzi, że t. z haematoma retroplacentare, powstające przez odłuszczenie się najprzód środkowych części łożyska, przyczynia się do łatwiejszego wytwarzania się skrzepów w naczyniach rozszerzonych, że dalej łożysko w ten sposób ciężarem swym dążąc ku środkowi macicy, przyczynia się do odklejania całkowitego błon, a ilość krwi nagromadzonej jest mniejszą, aniżeli przy zastosowaniu rękoczynu Credé'go. Kto często zastosowywał rękoczyn Credé'go, musi przyznać wiele racyi tym zapatrywaniom, i dlatego od roku obrałem drogę średnią, jak ją proponuje n. p. Feling, t. j. że w tych przypadkach, gdzie nie ma wskazań do rękoczynu Credégo, czekam półtorej godziny, śledząc pilnie tętno i odpływ krwi z pochwy. Z wyników jestem zadowolony, gdyż od tego czasu stanowczo dużo częściej odchodzi łożysko wraz ze wszystkiemi błonami, a krwotoki są bardzo rzadkie i sprawa połogowa na tem zyskuje. — Jedyną ujemną stroną jest dłuższe czekanie, równie dla rodzącej jak i dla lekarza, ale zdaje mi się, że cierpliwość u każdego z nas jest kardynalnym warunkiem.

W odpowiedzi przemówił Dr. Braun stwierdzając, że w głównych punktach zgadza się postępowanie Dr. Stroynowskiego z postępowaniem, jakie się od dłuższego już czasu i w klinice krakowskiej praktykuje. Następnie miał wykład.

Dr. Festenburg (Lwów):

„O antyseptyce w położnictwie".

Prelegent przytacza najpierw historyję antyseptyki i udowadnia, że główna zasługa wprowadzenia antyseptyki w położnictwie, należy się Semmeweissowi. Następnie przechodzi do antyseptyki przy porodach i porusza kwestyję akuszerek, które zazwyczaj nie dosyć dokładnie zachowują przepisy antyseptyki. Zwraca uwagę na środki desinfekcyjne, które dotychczas są używane i które niezupełnie odpowiadają celowi i zachęca do robienia doświadczeń z nowymi środkami. Żąda pouczania akuszerek i wymagania od nich ścisłej antyseptyki i zaprowadzenia obowiązku donoszenia władzy sanitarnej o wypadkach zasłabnięcia położnic, jak przy ospie i t. d. W końcu przytacza daty statystyczne śmiertelności położnić na sprawy połogowe zakaźne tak we Lwowie jak i gdzieindziej, które wykazują, iż właśnie śmiertelność wskazuje o niedosyć dokładnem i ścisłem zachowaniu antyseptyki przy porodach.

W dyskusyi zabierali głos: Dr. Strojnowski, Dr. Guliński i Dr. Braun.

Dr. Braun podał przy tej sposobności wyniki stosowania kreolinu w położnictwie w klinice krakowskiej, podnosząc dodatnie jego działanie przy odchodach cuchnących, wrzodach zanieczyszczonych na pękniętem międzykroczu etc. Najwięcej dało się to uwidocznić w dwóch przypadkach Physometra, powstałej z powodu przeciągającego się porodu, (raz z powodu miednicy lejkowatej, drugi raz z powodu położenia poprzecznego zaniedbanego, z miasta do kliniki przeniesionego). Przypadki zakończyły się wyzdrowieniem matki po przestrzykiwaniach macicy i pochwy 2% rozczynem kreolinu.

Przed zamknięciem posiedzenia demonstruje jeszcze Dr. Neugebauer dodatkowo do swego wczorajszego wykładu nowy okaz kręgozmyku, znaleziony w muzeum patalogiczno-anatomicznem lwowskiego szpitala powszechnego. Po przemówieniu pożegnalnem p. przewodniczącego posiedzenie zamknięto.

Sekcyja V. Medycyna publiczna.

Posiedzenie I. d. 19 Lipca 1888 przed południem.

(Ciąg dalszy).

Następnie

Dr. Odo Bujwid z Warszawy odczytuje:

Wyniki bakteryjologicznych poszukiwań powietrza i wody miasta Warszawy.

Pierwsze metody nie były do badań wystarczające. Dopiero metoda Kocha pozwoliła liczyć ilość bakteryj, oraz oddzielać je wzajemnie. Badania nad wodą i powietrzem metodą Kocha dokonane (metoda analizy wody przez autora ulepszona, do badań zaś powietrza wzięto metodę Nekego) udowodniły:

1. W powietrzu w ogóle nie znajdują się bakteryje chorobotwórcze. Ztąd wniosek dla chirurgii, że przy opatrunkach powietrze nie gra w zakażeniu żadnej roli (lub może tylko bardzo nieznaczną), nie potrzeba zatem desinfekcyjonować powietrza w salach szpitalnych (?!). Niektóre bakteryje, które mogą się znajdować w powietrzu (zapalenie płuc, gruźlica), nie były przez autora napotkane w ciągu 3-letnich poszukiwań.

2. Bakteryje nieszkodliwe, znajdowane w powietrzu, zastrzyknięte do krwi lub pod skórę zwierzętom, nie sprowadzają żadnych następstw, z wyjątkiem jednego gatunku, który czasem wywołuje ropnie (nowy nieznany rodzaj) u myszy i królików.

3. Ilość bakteryj w powietrzu zależy od wiatru i ruchu ludności. Wiatr i ruch powietrza, unosząc kurz, pomnaża ilość bakteryj w powietrzu. Deszcz i śnieg oczyszczają powietrze od bakteryj.

4. W mieszkaniach o dobrej wentylacyi i spokojnem powietrzu, mamy mniej bakteryj, niż na ulicach, mianowicie podczas ruchu. Im ludniej — tem więcej bakteryj.

5. Najgorszem pod względem zawartości bakteryj okazało się powietrze suteren i miejsc ludnością przepełnionych.

6. Pomimo wyżej wyłuszczonych danych, bakteryje i pleśnie, znajdujące się w większej ilości w powietrzu, mogą szkodliwie oddziaływać na drogi oddechowe Wskazują one na zanieczyszczenie powietrza częściami niezdatnemi do oddychania. Dobre powietrze nie powinno zawierać w domach więcej jak 60 bakteryj, na ulicach 80 bakteryj w 10 litrach.

W wodzie znajdujemy około 100 000 razy więcej bakteryj niż w powietrzu. (Dobra woda przeciętnie może zawierać 300 bakteryj w 1 cnt. sześć., dobre powietrze tę samą ilość zaledwie w 10 litrach.

1. Woda wiślana powyżej miasta zawiera przeciętnie około 300 bakteryj w 1 cmt. sześć., poniżej zaś i w środku około 50.000 w 1 cmt. sześć. Chorobotwórczych bakteryj nie znaleziono.

2. Po przefiltrowaniu przez obecnie działające nowe filtry piaskowe w Warszawie, ilość spada na 50 do 40 bakteryj w 1 cmt. sześć.

3. Woda źródlana zawiera od 20—60 bakteryj.

4. Woda studzienna zawiera różne ilości, w ogóle większe od ilości w wodzie wiślanej powyżej miasta, a tembardziej od wody filtrowanej.

5. Domowe filtry nie oczyszczają, w ogóle biorąc, wody od bakteryj. Wyjątek stanowią filtry, które łatwo można sterylizować, jak n. p. filtr Chamberland-Pasteura. Ten nie przepuszcza prawie zupełnie bakteryj, stopniowo jednak zanieczyszczając się, daje wodę coraz gorszą. Zanurzenie 2—3 krotne do wody wrzącej, sterylizuje go bardzo dobrze.

6. Chemiczne badanie nie daje ścisłych wyników i w większości razów może być pominiętem, a mianowicie tam, gdzie podejrzywamy zanieczyszczenia bakteryjami chorobotwórczemi, należy badać tylko baktyryjologicznie.

Dr. Obtułowicz dziękuje kol. Bujwidowi za podjęte dotąd badania, które wykazują, iż w zwykłych warunkach nie znajdują się bakteryje chorobotwórcze, a zatem bakteryje te dostawać się muszą dopiero od zewnątrz w warunkach korzystnych tak n. p. niewątpliwą jest rzeczą, że laseczniki tyfusu brzusznego dostają się do wody z kałem, przez pranie bielizny, z ziemi otaczającej a zanieczyszczonej; wystarczy wejść do chaty zapowietrzonej tyfusem plamistym, bez dotykania się nawet chorego, aby chorobie tej uledz. Niezbadane zatem dotąd mikroorganizmy dostają się do powietrza i zakażają w małej odległości. Tak samo cholera udziela się za pośrednictwem wody i zanieczyszczeń rąk, pokarmów itd. Dalsze zatem badania są bardzo ważne, a byłoby do życzenia, aby kol. Bujwid badał powietrze w salach chorych, przepełnionych chorymi tyfusowymi, ospowymi, gruźliczymi itd., oraz wodę w razie panowania chorób zakaźnych.

Dr. Pollak zaleca lejek asbestowy do filtrowania wody.

Dr. Grünhaut zapytuje o wnioski praktyczne, obchodzące lekarzy praktycznych.

Dr. Cassina podnosi ważność badań kol. Bujwida, i wyraża nadzieję, że stanowić będą te badania zachętę dla innych kolegów do badań, mających bardzo ważną donioslość praktyczną.

Dr. Barzycki przypomina odczyt Dra Kowalskiego na kongresie higijenicz. w Wiedniu, w którym tenże wykazał, że tyfus brzuszny w jednym z wojskowych szpitali wiedeńskich (Klosterneuburg), szerzył się tylko przez studnię zawierającą bakteryje tyfusowe. Po zamknięciu tej studni, dalsze wypadki duru się nie pojawiły.

Dr. Barzycki przytacza drugi przykład z własnego doświadczenia, gdzie w przysiółku Poręby ad Borek, niemającym żadnej studni, pojawił się w środku szeregu domów wzdłuż potoku leżących pierwszy przypadek duru. Ponieważ bieliznę chorego prano w potoku. z którego ludzie pić wodę muszą, więc po jakimś czasie w domach poniżej biegu położonych, pojawiły się dalsze wypadki duru, gdy natomiast powyżej domu pierwotnie zajętego, a zatem nad wodą potoku czystą, zdrowie mieszkańców było wyborne.

Dr. Pollak: Praktyczna strona kwestyi dotyczy między innemi filtrów pokojowych. W istocie pamiętać należy, że w wodzie filtrowanej a nawet destylowanej, może znajdować się więcej zanieczyszczających pierwiastków, jak w innej. Większość filtrów z powodu wielkiej trudności oczyszczenia, a w części z powodu złego doboru masy filtrującej, jest szkodliwa. Nie można jednak powiedzieć, aby filtr Chamberlanda był jedynym dobrym. O jednym mogę powiedzieć, że spełnia dobrze swe funkcyje, który widziałem na wystawie międzynarodowej higijenicznej w Londynie. Jest to filtr Maignin'a,

w którym powierzchnią filtrującą jest asbest, ciśnienie bardzo małe, a wszystkie części składowe z kamienia lub porcelany. Z kolei zabiera głos

Dr. POLLAK z Warszawy i odczytuje rzecz:

O samopomocy sanitarnej w gminach i organizacyi służby zdrowia.

Zaniedbania sanitarne w ogólności a u nas w szczególności, wpływają na wysoką śmiertelności na ekonomiję społeczną. Dwie są drogi postępu sanitarnego równolegle do siebie idące, t. j. systemat sanitarny państwowy i samopomoc prywatna.

Co do tego zaznaczam urządzenia sanitarno-gminne. Pierwowzór ich w Angliji (local boards). Układ sanitarny „ziemstw“ w Rossyi świetne wydał owoce, polega on na samorządzie powiatowym i zasadach wyborczych. Przykład ten w obec stosunkowo niższego stopnia oświaty jest bardzo wymownym przykładem dobroczynnych skutków sanitarnego samorządu w gminach; państwo lub kraj powinno być reprezentowane jedynie instytucyją centralną, która już to prawodawstwem, już funduszem, już kompetencyją, pomoc wspólną dla wszystkich gmin niesie.

Co do drugiego zaznaczam brak objawów samopomocy sanitarnej u nas w porównaniu z innemi krajami, gdzie kongresy higijeniczne, odczyty publiczne a nadewszystko towarzystwa sanitarne, są ustawicznie na porządku dziennym. Samopomoc sanitarna, lubo nie można podzielać poglądu Herberta Spencera, że jest jedyną, powinna być dźwignią higijeny, jest w istocie najważniejsza, bo zą pomocą jej głównie można doprowadzić do pożądanego stanu oświatę ludu w kierunku zdrowia.

Zjazd powinien pozostawić pamiątkę po sobie uchwaleniem wniosku: 1) że tylko na samorządzie sanitarnym gmin, może się opierać racyjonalny systemat państwa, i 2) że istnieje nieodzowna potrzeba natychmiastowego założenia prywatnego towarzystwa higijenicznego.

Dr. Pollak wnosi przeto następujące rezolucyje: 1) Zjazd V. lekarzy i przyrodników polskich uważa za nieodzowną i nagłą potrzebę założenia natychmiastowego prywatnego towarzystwa higijenicznego w kraju; 2) Zjazd uważa organizacyję służby zdrowia, opartą na samorządzie gmin, za jedyną, która potrzebom higijeny społecznej odpowiada.

Dr. Barzycki, Obtułowicz, Cassina, Radek i Bieńczewski przemawiają za założeniem towarzystwa takiego i rokują mu powodzenie głównie wśród sfer intelligentnych w obu stolicach kraju

Poczem z powodu spóźnionej pory posiedzenie zamknięto.

Posiedzenie II. d. 19 Lipca 1888 po południu.

Przewodniczący prof. Dr. Blumenstok (Kraków) sekretarz Dr. F. Obtułowicz (Buczacz). Obecnych 30 członków.

Na porządku dziennym dalszy ciąg dyskusyi nad powyższemi dwoma wnioskami Dra Pollaka, redaktora „Zdrowia“ z Warszawy, które po ożywionej dyskusyi zostały jednomyślnie przyjęte i mają być na II. ogólnem posiedzeniu zjazdu odczytane. (C. d. n.)

Z Drukarni Ludowej we Lwowie, pod zarządem St. Bayiego.